Nr. 1—2 R. 1929 STYCZEŃ—LUTY ROK XXIV

KRONIKA DENTYSTYCZNA

ORGAN

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Redaktor i wydawca: Lekarz-dentysta M. Krakowski.

Cena ogłoszeń jednorazowych i rocznych — według umowy
Klisze do rysunków dostarcza firma. Za treść działu ogłoszeń redakcja nie odpowiada.

Rękopisy (wszelkiej treści) winny być pisane wyraźnie (z pozostawieniem marginesu) po jednej stronie półarkusza. Rękopisów redakcja nie zwraca. Koszt klisz i odbitek obciąża honorarjum. O wszelkich zmianach adresów redakcja powinna być powiadamiana zawczasu. Prace, przysłane do redakcji bez odnośnej uwagi co do płatności, uważane są za bezpłatne. Listy do redakcji mogą być drukowane z podaniem obranego przez autora pseudonimu, właściwie jednak nazwisko i adres tegoż muszą być zakomunikowane redakcji.

WARSZAWA

Redakcja i administracja: Rymarska Nr. 8. Tel. 170-26.

CENA ZESZYTU ZŁ. 3

Dla studentów dentystyki zł. 2.

Nr. 1—2 R. 1929 STYCZEŃ—LUTY ROK XXIV

KRONIKA DENTYSTYCZNA

ORGAN

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

W SPRAWIE ZAKAŻEŃ OGÓLNYCH Z PRZYCZYN OKOŁOZĘBOWYCH.



(Sepsis oralis periodontogenes).

Napisał

Dr. A. F. Tomanek

Kierownik Ambulatorjum dentystycznego Kasy Chorych w Borysławiu.
(Z Instytutu stomatologicznego Uniw. Jagiell. w Krakowie).
Dyrektor: prof. dr. W. Łepkowski

„Śmierć przychodzi przez usta“ — głosi przysłowie arabskie. Prawdę, zawartą w tem zdaniu, potwierdzają schorzenia przewodu pokarmowego i zatrucia ustroju, dla których jama ustna jest naturalną bramą.

Ponadto jama ustna zwraca na siebie uwagę, jako wrota ogólnego zakażenia ustroju i związanych z tem schorzeń poszczególnych narządów.

Pierwsi poruszyli ten temat amerykanie. Hipoteza została w ciągu ostatniego dziesięciolecia rozwinięta w gruntowną teorję. Dziś amerykanie przyjęli to jako pewnik naukowy, wszechstronnie doświadczeniami udowodniony, a potwierdzany klinicznie spostrzeżeniami wytrawnych praktyków-lekarzy. Codzienne prawie doniesienia literatury amerykańskiej i angielskiej świadczą o tem wymownie. Literatura niemiecka stwierdza to samo. Literatura polska o tej sprawie prawie że milczy. Nic dziwnego, bowiem zagadnienie to przecież musiało się rozwijać w każdym kraju z postępem dentystyki, względnie stomatologji. Ameryka zaś w tej dziedzinie była przewodniczką. Odegrały przy tem, jak i w innych działach wiedzy, dużą rolę warunki materjalne. One to pozwoliły, że dentystyka mogła się rozwinąć i mogła stanąć na usługach społeczeństwa tak wysoko, jak obecnie stoi w Stanach Zjednoczonych Ameryki.

Podwaliny kliniczne, co należy z naciskiem stwierdzić, pod całą tę sprawę dali interniści.

Pierwszy impuls do roztrząsania tej kwestji dał Hunter, profesor interny uniwersytetu w Montreal w Kanadzie, w swej mowie inauguracyjnej w roku 1910. Wykazał w niej łączność pomiędzy schorzeniami poszczególnych organów a schorzeniami jamy ustnej. Uczynił nadto ciężki zarzut dentystom amerykańskim, stwierdzając, że ich roboty mostkowe, osadzane na

nieleczonych zębach, są złotą pułapką, zastawioną w ustach, dzięki której nastąpić może posocznica.

Od tego czasu zaczęto się gorączkowo zajmować tym problematem i badać go pod względem eksperymentalnym, bakterjologicznym i klinicznym.

Pilnie obserwowano sprawy chorobowe jamy ustnej i zębów, wywołujące schorzenia w innych narządach ustroju, udowadniając statystycznie ścisłą ich współzależność.

Wielkie zasługi około wyświetlenia tej sprawy położył internista amerykanin Billing. Doświadczeniami swemi na zwierzętach dowiódł, że chodzi tu o ogniska bakteryjne t. zw. „focus of infection" w tkance okołozębowej. Przytem chodzi tu stale: albo

1) o zęby uległe próchnicy głębokiej z następnemi stanami zapalnemi (pulpitis, periodontitis, ropnie okołoszczytowe, empyema antri Highmori pochodzenia zębowego), albo 2) ropociek zębodołowy, przy którym na uciskiem na dziąsła wydostaje się z kieszonek zębodołowych ropa, obfitująca w drobnoustroje, lub 3) o zwykłe zapalenie dziąseł, albo wreszcie 4) o ropne zakażenie przestrzeni wokoło zębów niewyrzniętych.

Epokowemi zwłaszcza stały się obserwacje Billinga na 577 przypadkach schorzeń stawów, dla których jako pierwotne ogniska zakażenia stwierdził:

w 336 przypadkach migdałki
w 136 przypadkach zęby
w 24 przypadkach narząd moczopłciowy
w 12 przypadkach zatoki szczękowe.

Z tego widzimy, że przeważna ilość ognisk pierwotnych lokalizuje się w jamie ustnej (w migdałkach i zębach). Istnieje zatem racja wyróżnienia odmiany posocznicy zwanej *sepsis oralis*, a jeśli bierzemy pod uwagę punkt wyjścia z tkanki okołozębowej *sepsis oralis periodontogenes*.

Podobne zestawienie podaje E. Peck, neurolog amerykański. Mianowicie na 279 przypadkach, wykazujących objawy samozatrucia w zakresie mięśni i nerwów (neurosis, psychoneurosis, objawy parkinsonizmu, zaburzenia gruczołów dokrewnych z wytrzeszczem gałek ocznych i wzmożoną czynnością serca) wykazał w 48% pierwotne ognisko zakażenia w jamie ustnej. Z tego 37% przypadało na zęby, 10% na migdałki, 1% na zatoki szczękowe.

Jeśli chodzi o sprawy chorobowe ustroju, które możnaby postawić w związek z temi ogniskami pierwotnemi w jamie ustnej (zwłaszcza w tkance okołozębowej), to na podstawie doniesień literatury możnaby ułożyć następującą tablicę schorzeń:

I. W narządzie krwiotwórczym: 1 wtórne anemje, 2. białaczka i białaczka rzekoma.

II. W narządzie krążenia: 1. zapalenie mięśnia sercowego, 2. zapalenie wsierdzia (sepsis lenta). 3. zwapnienie naczyń (arterioskleroza).

III. W gruczołach dokrewnych: 1. zapalenie gruczołu tarczykowego. 2. zapalenie gruczołu przytarczycznego.

IV. W narządzie moczopłciowym: 1. glomerulonephritis. 2. tubulonephritis (nephrosis).

V. W systemie nerwowym: 1. nerwobóle (ischias i t. p.). 2. zapalenie nerwów. 3. schorzenia czynnościowe (neurosis, psychoneurosis, parkinsonizm, padaczka rzekoma).

VI. W skórze: 1. półpasiec. 2. erythema multiforme, 3. impetigo herpeiformis. 4. furunculosis.

VII. w oku: 1. zapalenie rogówki, 2. zapalenie siatkówki, 3. zapalenie jagodówki.

VIII. W stawach: 1. arthritis. 2. diathesis urica.

IX. W mięśniach: 1. myositis.

Badacze nie poprzestali na samych tylko obserwacjach klinicznych i statystycznem udowadnianiu związku pomiędzy schorzeniami jamy ustnej a schorzeniami organów położonych w głębi ustroju. Zabrali się do doświadczalnego rozstrzygnięcia wielu innych zagadnień. Przedewszystkiem zachodziła potrzeba wyświetlenia kwestji, jakie drobnoustroje wchodzą tu w grę, następnie, jaki jest mechanizm dostawania się ich do krwi i dalszy los bakterji w ustroju. Wreszcie, chodziło o ustalenie takich kryterjów, które pozwalałyby z całą pewnością rozpoznawać *sepsis oralis periodontogenes* oraz o praktyczne zastosowanie tych rozważań naukowych.

Co się tyczy drobnoustrojów, to uznano, że wchodzą w grę: paciorkowce (streptococcus viridans, haemolyticus, mucosus i t. d.). Drobnoustroje te stanowią 50% flory jamy ustnej, przyczem naliczono tychże paciorkowców około 5 — 6 miljonów w 1 mg. osadu zębowego w jamach ustnych dobrze pielęgnowanych, a w jamach ustnych zaniedbanych do 800 miljonów. Są to liczby przerażające, tembardziej, iż stwierdzono paciorkowce nie tylko w osadzie, ale głębiej, na drodze do wnętrza organizmu, mianowicie, w szczelinach zębiny, w kanałach korzeni, nawet w żyjącej miazdze i ziarniniakach okołoszczytowych zębów, zniszczonych próchnicą.

Jeśli chodzi o mechanizm dostawania się paciorkowców do krwiobiegu, to nie ulega wątpliwości, że wrotami dla nich są dziąsła względnie tkanka okołozębowa, zapalnie zmieniona (zwłaszcza przy ropocieku zębodołowym). Udowodniono przecież przechodzenie bakterji nawet przez zdrowe błony śluzowe, t. zw. mikrobizm utajony (badania Rogozińskiego, Wrzoska i Saskiego pod kierownictwem prof. dra Kleckiego w Zakładzie patologji ogólnej i doświadczalnej U. J. w Krakowie*). Nic dziwnego, że bakterje mogą przechodzić przez uszkodzoną tkankę, dostawać się do światła naczyń krwionośnych (co jest rzeczą najczęstszą) i szerzyć się tą drogą po całym ustroju.

Pozatem wchodzi w rachubę szerzenie się bakterji drogą naczyń chłonnych i powstawanie ognisk zapalnych w sąsiednich węzłach limfatycznych.

Nierzadko zdarza się, że drobnoustroje się szerzą per continuitatem, zwłaszcza jeśli ognisk okołozębowych było więcej, a sprawa przebiegała z martwicą tkanki. Widzimy to zazwyczaj w przypadkach końcowych z ropniami w jamie ustnej, gardle względnie z zakażeniami zatok szczękowych.

---

*) Kazimierz Rogoziński: O fizjologicznej resorbcji bakterji z jelita. Rozpr. Ak. Um. Kraków, 1902. — D. Adam Wrzosek: O przechodzeniu drobnoustrojów w warunkach prawidłowych z przewodu pokarmowego do narządów wewnętrznych. Polskie Archiw. Nauk Biologicznych i Lekarskich tom II. Lwów, 1903. — Tenże: Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych. Przegl. Lek. 1904. — Tenże: O drogach, któremi mikroby w warunkach prawidłowych przechodzą z przewodu pokarmowego do organów wewnętrznych. Rozpr. Ak. Um. Kraków, 1904. — Tenże: O wrotach zakażenia. Przegl. Lek. 1906. Nr. 17 i 18. — Stanisław Saski: O beztlenowcach w tkankach ustroju prawidłowego. Rozpr. Ak. Um. Kraków, 1907.

Ropa z tkanki okołozębowej, dostając się ze śliną do przewodu pokarmowego, może wywołać w nim różne schorzenia (np. ulcus ventriculi et duodeni, appendicitis, diarrhoea chronica secundaria).

Zależnie od drogi, jaką idzie zakażenie i od właściwości bakterji, obok ognisk pierwotnych powstają ogniska wtórne w różnych narządach ustroju. Obecnością głównie tych ognisk wtórnych tłumaczy się przewlekły przebieg chorób i ich odporność przy leczeniu. Mimo usunięcia ognisk pierwotnych, ogniska wtórne względnie ich następstwa (np. zmiany na zastawkach serca) istnieją nadal. Ogniska około zębów i w migdałkach, jak dowodzi tego statystyka, są w przeważnej ilości przypadków ogniskami pierwotnemi, rzadko wtórnemi.

Paciorkowce, dostawszy się do krwiobiegu, utrzymują się we krwi wskutek dalszego ich napływu z ognisk pierwotnych, jakoteż dzięki wzmożeniu się ich żywotności przy równoczesnem obniżeniu ogólnej odporności ustroju. Obniżenie zaś odporności ustroju powstaje albo naskutek czynników zewnętrznych (jak przeziębienie, złe odżywianie, przemęczenie czyli znużenie, choroby zakaźne, zwłaszcza grypa i t. p.), albo naskutek czynników wewnętrznych konstytucjonalnych. Niepoślednią rolę w patogenezie odgrywa zdolność przemiany bakterji jednych w drugie i zdolność ich wybiórczego osiedlenia w narządach ustroju. Zjawisko przechodzenia paciorkowców w inne postacie bakterji (nawet w peumokoki) udowodnił na odpowiednich pożywkach słynny bakterjolog amerykański Rosenow. Podobnie udowodnił tenże badacz na hekatombach zwierząt doświadczalnych dziwne zjawisko wybiórczego osadzania się bakterji w ustroju. Wstrzykiwał królikom bakterje, zebrane z migdałków chorych na appendicitis, przyczem prawie zawsze stwierdzał u tychże zwierząt na sekcji zajęcie wyrostka robaczkowego. W innych przypadkach wstrzykiwał bakterje, wydobyte z ziarniny okołozębowej chorych na cholecystitis i otrzymywał u królików zapalenie woreczka żółciowego. Gdy zaś bakterje, które wstrzykiwał, pochodziły z chorych na singultus epidemicus, te same objawy występowały u zwierząt doświadczalnych. W 75% obserwowanych przez niego przypadków arthritis acuta udało mu się wyhodować ze krwi i ze stawów chorych paciorkowców i to tego samego typu, który stwierdzano w ogniskach pierwotnych okołozębowych. Temi doświadczeniami stworzył Rosenow bakterjologiczne podwaliny dla nauki o *sepsis oralis*.

Dalsze badania stwierdziły, że nie tylko same bakterje, rozsiewając się po całym ustroju, wywołują objawy chorobowe, będące w związku z pierwotnemi ogniskami w jamie ustnej. Toksyny ich, zwłaszcza, jeśli ogniska w jamie ustnej są bardzo rozległe (np. rozpociek zębodołowy) mogą także wywoływać podobne objawy. Występuje wówszas działanie bakterji na odległość, objawiające się zazwyczaj czy bólami głowy, czy wogóle obniżeniem przemiany materji i czynności ustroju (nawet objawami rzekomej padaczki, czego dowodzi przypadek zaobserwowany przez prof. dr. Łepkowskiego w Krakowie). Słowem, występują objawy toksemji w przeciwstawieniu do bakterjemji.

W rozpoznawaniu *sepsis oralis periodontogenes* kierować się można następującemi kryterjami:

1) wykazaniem obecności paciorkowców we krwi przy pomocy odpowiednich badań bakterjologicznych.

2) stwierdzeniem objawów wtórnej niedokrewności oraz wtórnych ognisk w organizmie chorego.

3) stwierdzeniem limfocytozy z licznemi dużemi limfocytami, zwłaszcza przy równoczesnej leukopenji (t. j. obniżeniu leukocytów). Takie dane podają amerykańscy hematolodzy Dalandi Toren, a to na podstawie badań, dokonanych na 2.000 przypadków, przyczem limfocytoza ma dowodzić obecności we krwi hemolitycznego, albo zielono porastającego paciorkowca względnie ich toksyn.

4) wykluczeniem pierwotnych ognisk choroby w narządzie moczopłciowym, oddechowym czy w innych narządach ustroju.

5) stwierdzeniem objawów miejscowych w jamie ustnej zwłaszcza w uzębieniu. Poparte powinno być ono specjalnem badaniem stomatologicznem oraz zdjęciem rentgenologicznem. Rentgenologiczne badanie pozwala wykryć nieraz najdrobniejsze ogniska zapalne, ukryte przy brzegu albo około szczytów zębów.

6) dodatnim wynikiem zastosowanego przyczynowego leczenia, zwrócono w kierunku uporządkowania jamy ustnej (diagnosis ex juvantibus).

W przypadkach, w których znajdziemy zespół wyżej wymienionych objawów, możemy z całą pewnością rozpoznawać *sepsis oralis periodontogenes*.

Badania amerykańskich uczonych i ich pogląd na sprawę posocznicy pochodzenia okołozębowego, nie zostały dotychczas poważnie i dostatecznie potwierdzone drogą badania uczonych innych krajów, zwłaszcza europejskich. Stąd też niejedne ich poglądy mogą się wydawać nieprawdopobne, iście „amerykańskie". Wobec tego poszczególne doniesienia prasy amerykańskiej dopóki nie zostaną potwierdzone muszą być przyjęte z pewnym krytycyzmem. W zasadzie zaprzeczyć im jednak stanowczo nie można. Według doświadczenia prof. dr. Gieszczykiewicza, bakterjologa krakowskiego, ze zjawiskiem mutacji bakterji, zwłaszcza paciorkowców, często w pracowni bakterjologicznej spotkać się można. Powinowactwo zaś bakterji do niektórych tkanek, mezodermalnego względnie ektodermalnego pochodzenia, jest faktem stwierdzonym i uznanym przez większość bakterjologów.

Co się tyczy statystycznych dowodów *sepsis oralis periodontogenes*, to tych nie brak i w literaturze europejskiej oraz w historjach chorób klinik krakowskich względnie Instytutu stomatologicznego U. J.

I tak z pośród kilku przypadków, spostrzeżonych w krakowskim Instytucie stomatologicznym przez prof. dr. Łepkowskiego, zasługują na uwagę następujące:

Przypadek I. Pani S., żona aptekarza, lat 46, od dłuższego czasu cierpiała na wadliwą przemianę materji, objawy artretyzmu, bóle w stawach, uporczywy wyprysk na rękach, co ją skłoniło do leczenia się w Karlsbadzie. Codziennie utrzymywały się stany podgorączkowe, dochodzące do 37,6° C. wieczorem, podczas gdy rano ciepłota spadała poniżej 37° C. Dla ich wytłumaczenia nie znaleziono żadnych danych przy badaniu klinicznem chorej. We krwi stwierdzono paciorkowce. Badanie moczu wykazało: zwiększoną ilość kwasu moczowego, w osadzie nieliczne ciałka czerwone i ciałka białe. Ponieważ tego rodzaju dane nie dawały żadnego wytłumaczenia dla obecności paciorkowców we krwi, przedsiębrano w Karlsbadzie dokładne badanie uzębienia, które wykazało, że na czterech zębach u góry, a na pięciu zębach u dołu były zrobione protezy systemem mostkowym przed kilku laty. Protezy te obecnie były rozluźnione, gdyż słupy mostków, na których cały aparat był oparty, chwiały się, zaś przy ucisku na dziąsła z pod ligamentum cir-

culare wydobywała się ropa. Rozpoznanie było łatwe, ropociek zębodołowy. Lekarz ordynujący zadał sobie pytanie, czy punktem wyjścia dla objawów przewlekłej sepsis nie są usta, zwłaszcza że badanie rentgenologiczne w sześciu zdjęciach całego uzębienia wykazało pod i pomiędzy korzeniami wyraźne zmiany, sięgające ponad szczyty korzeni, a dochodzące do wielkości grochu. Po usunięciu mostków, wyleczeniu ropocieku zębodołowego, przeprowadzonem w Krakowie, gorączka zaczęła zwolna opadać i obecnie wieczorem wznosi się najwyżej do 36,8° C., a rano do 36,5° C. Uboczne objawy przeszły równocześnie. Rozpoznanie: *sepsis oralis periodontogenes e pyorrhoea alveolari.*

Przypadek II. Analogiczny przypadek dotyczył panny A. M., lat 18, u której ciepłota przez cały szereg tygodni wahała się między 37° C. (rano), a między 38° (wieczorem). Badanie organów wewnętrznych nie wykazało żadnych zmian, a gruczoły oskrzelowe rentgenologiczne przedstawiały się prawidłowo. Mimo przeprowadzenia leczenia klimatycznego w Zakopanem, stan chorej się nie poprawiał. Po zbadaniu jamy ustnej, które przypadkowo zostało przeprowadzone i po obustronnem wyjęciu korzeni po szóstych zębach szczęki dolnej oraz po wyjęciu siekacza środkowego dolnego ze strony prawej, gorączka ustąpiła, i chora ma się zupełnie dobrze.

Przypadek III. Pani H. W. przed 2 laty zachorowała śród podgorączkowego stanu dochodzącego do 37,4° C., przyczem wystąpiły objawy anemji i osłabienia oraz dolegliwości sercowe (bicie serca, napady dusznicy bolesnej: kłucia i bóle w l. ramieniu). To wszystko odnosiła chora do nadmiernego używania tytuniu. Badanie wykazało podniesienie wieczorne ciepłoty, wynoszące 37,4—37,5° C. Rentgenologiczne badanie gruczołów oskrzelowych i szczytów płucnych dało wynik ujemny. Przedtem czuła się chora zawsze zdrową i nie przechodziła reumatyzmu. Badanie moczu wykazało: dużą ilość białka, wałeczków i krwinek, słowem, objawy glomerulonephritis. Badanie krwi dało wynik ujemny. Choroba rozpoczęła się mniejwięcej od czasu, kiedy po zaplombowaniu siekacza bocznego przez technika bez zbadania szczegółowego jamy ustnej doszło do zapalenia okostnej i powstał ropień okołoszczytowy. Technik przeciął ropień i czekał aż ropa przestanie się wydobywać. Tymczasem doszło do zajęcia siekacza środkowego, a ropa z siekacza bocznego wydzielała się dalej. Wobec tego chora, podejrzewając przyczynę swego stanu gorączkowego w chorych zębach, zwróciła się do Instytutu stomatologicznego o poradę. Siekacz boczny wyjęto odrazu, a w jakiś czas później siekacz środkowy. Po przewierceniu zęba, zaczęła się wydobywać cuchnąca ropa, a zdjęcie rentgenologiczne wykazało zapalenie okostnej. Po wyjęciu siekacza bocznego, gorączka spadła w przeciągu tygodnia, a po wyjęciu drugiego zęba zaczęła się zmniejszać ilość białka w moczu. Obecnie chora białka w moczu nie ma zupełnie, nie ma bólu w okolicy serca i czuje się zupełnie zdrową.

Przypadek IV. Nie zawsze jednak zmiany zapalne muszą wywołać gorączkę. Dowodem jest przypadek osteomyelitis szczęki dolnej w następstwie zapalenia okostnej około zębów, na które nałożono cztery złote korony.

Przypadek. V. Panna B. Z., lat 18, z Nowego Targu nagle (8.X.1925) zaniewidziała na oko prawe, które jej zaszło mgłą mimo, że nie uderzyła się w oko prawe, ogólnie zawsze czuła się zdrową, nie chorowała, a w rodzinie żadnych chorób nie było.

(9.X.) Przed wyjęciem zębów i leczeniem jamy ustnej badanie okulistyczne w klinice prof. dr. Majewskiego: Prawe oko nazewnątrz prawidłowe,

źrenica na światło reaguje, media czyste. Badanie dna oka wykazało obrzęk i szarawy wysięk siatkówki dochodzący do tarczy. Szkła nie poprawiały wzroku. Rozpoznano: retinitis exudativa ad papill. n. optici oculi dextri.

Badanie jamy ustnej, skąd przypuszczano przyczynę schorzenia oka, a to ze względu na ujemny wynik badania reszty ustroju, wykazało: obrzęk twarzy po stronie lewej, ostry stan zapalny dookoła 4 zęba górnego po stronie lewej. Wskazaniem bezwzględnem było ząb wyjąć.

Około szczytu korzenia stwierdzono otorbiony ropień wielkości małego grochu z zapalnem przekrwieniem ozębnej (abscessus periapicalis et periostitis chronica exacerbans). W dwa dni później wyjęto spróchniałe korzenie po pierwszych trzonowcach strony prawej szczęki górnej i dolnej. W następnych dwóch dniach usunięto medjalny korzeń po trzonowcu pierwszym strony lewej u dołu, który to ząb, według podania chorej, wyjmowano przed 2 laty. Odczyn Wassermanna był ujemny. Zastosowano leczenie wstrzykiwaniem roztworu fizjologicznego soli kuchennej podspojówkowo oraz wkraplano dioninę.

(19.X.) Powtórne badanie oka wykazuje poprawę wzroku.

(26.X.) Większa poprawa wzroku. Przytem wysięk siatkówki wessał się prawie w całości i jedynie skroniowa połowa tarczy wydaje się cokolwiek bledszą w porównaniu z tarczą oka lewego.

(28.X.) Pole widzenia wykazuje poprawę.

(2.XI.) Po dalszem wstrzykiwaniu roztw. fizj. soli i leczeniu dioniną, jakoteż po wyjęciu siekacza bocznego strony lewej u góry, nad którego szczytem korzeniowym badanie rentgenologiczne wykazało ropień, badanie obu oczu wykazało siłę wzroku normalną. Ta poprawa wzroku utrzymuje się nadal, tak że po skończeniu leczenia w Instytucie stomatologicznym U. J. przeprowadzonem przez dr. Tesarzową, pacjentka opuszcza klinikę okulistyczną U. J. z następującym stanem swego zdrowia:

Badanie dna oka wykazuje: u góry na tarczy prawego oka zorganizowany wysięk, z powodu czego tarcza wydaje się bledszą od tarczy oka lewego. Wysięk na siatkówce wessał się całkowicie, pozostawiając u góry ślady w postaci smug odbarwionej siatkówki i naczyniówki jakoteż białej plamy z pigmentowanym brzegiem u góry na samym obwodzie.

Pole widzenia wykazuje dalszą znaczną poprawę, jakkolwiek niezupełną.

Wobec tego zaordynowano do domu jodjodthion, dioninę oraz polecono uzupełnić braki w uzębieniu i pokazać się za jakiś czas, celem stwierdzenia stanu pola widzenia.

Przypadek ten jest klasycznym dowodem prawdziwości nauki o *sepsis oralis periodontogenes*.

Podobnych przypadków możnaby u nas naliczyć cały szereg, nie dochodzą one niestety do szerszej wiadomości ogółu.

Z literatury niemieckiej warto przytoczyć przypadki prof. dr. Boenneckena z Pragi, a to ze względu na ścisłość obserwacji:

Przypadek I. Dr. H. K., lekarz, lat. 48, zgłasza się w celu uzupełnienia braków w uzębieniu, powstałych na tle ropocieku zębodołowego. Według podania, pochodzi z rodziny, w której wszyscy członkowie po 50 roku życia zapadają na nephritis i umierają wskutek choroby Brighta. Podczas konsultacji zaznacza z rezygnacją, że nie przywiązuje wielkich nadziei do robót dentystycznych u siebie, gdyż prędzej czy później dosięgnie go Nemesis rodzinna. Badanie przedmiotowe wykazało rzeczywiście ropociek zębodołowy, szczegól-

nie w 5 miejscach oraz białko w moczu, pozatem stan normalny. Wobec tego, że przypuszczano prawdopodobny związek nephritis z istniejącą paradentitis, usunięto natychmiast w krótkich odstępach czasu wspomniane zęby. W kilka miesięcy po tym zabiegu ilość białka w moczu zaczęła się zmniejszać, by w jakiś czas zniknąć zupełnie. Obecnie, po roku, pacjent czuje się zdrów i jest przekonany o łączności pomiędzy jego nephritis, a ropociekiem zębodołowym. Ponieważ zaś pięciu jego krewnych, zmarłych na chorobę Brightą, również cierpiało na rozluźnienie zębów, można przypuszczać, że padli ofiarą posocznicy pochodzenia okołozębowego z następowem zapaleniem nerek.

Nawiązując do tego przypadku, zaznacza Boenneken, że obecnie w świetle nauki o sepsis oralis łatwo sobie wytłumaczyć zjawisko częstego występowania chorób nerkowych w linji bojowej podczas wojny światowej. Równocześnie bowiem ze zwiększeniem się ilości przypadków ropocieku zębodołowego, a to w związku z zaniedbywaniem pielęgnowania jamy ustnej w okopach.

Przypadek II. Prof. Boenneken podaje w końcu siebie za przykład potwierdzający współczesne poglądy na sepsis oralis. Mianowicie, od roku stwierdził u siebie objawy sepsis lenta z następową niedokrewnością i stanami podgorączkowemi wieczornemi, dochodzącemi do 37,5° C. Badanie krwi wykazało leukocytozę ze zwiększoną ilością dużych wielojądrzastych leukocytów, zwłaszcza eozynofilów. Zdjęcie rentgenowskie uzębienia wykazało objawy dość daleko zaawansowanej paradentitis dookoła trzonowca drugiego po stronie lewej, poza tem stosunki normalne. Z lewego migdałka dało się wycisnąć nieco wydzieliny ropnej. Wyjęto chory ząb z następnem wyłyżeczkowaniem zębodołu oraz wycięto migdałek po stronie lewej. Badanie bakterjologiczne materjału chorego zęba i z migdałka wykazało czystą hodowlę streptococcus viridans. Pomimo że obydwa zabiegi poszły gładko, w 3 tygodnie później wystąpiły dreszcze, temperatura 39° C. i ropień przerzutowy na grzbiecie nogi. Badanie bakterjologiczne treści ropnia wykazało tego samego paciorkowca, co w jamie ustnej, mianowicie streptococcus viridans. Po nacięciu ropnia objawy sepsis lenta zaczęły się zwolna cofać i już w 3 miesiące potem badanie krwi wykazało stosunki prawidłowe, chory czuł się zupełnie zdrowym.

Jakież są praktyczne konsekwencje, wynikające z tych rozważań?

Idą one w dwu kierunkach: 1) w kierunku *przyczynowego leczenia posocznicy okołozębowej* przez uporządkowanie jamy ustnej;

2) w kierunku *zapobiegania schorzeniom jamy ustnej*, zwłaszcza schorzeniom uzębienia.

Nauka o sepsis oralis podkreśla etjologiczne znaczenie schorzeń jamy ustnej, zwłaszcza schorzeń uzębienia w patologji ustroju. Ta współzależność schorzeń uzębienia i schorzeń w innych organach ustroju domaga się postawienia dzisiejszemu społeczeństwu dwu postulatów do rozwiązania. Z jednej strony, domaga się ona większego niż dotychczas uwzględnienia stanu jamy ustnej chorych, przy leczeniu chorób ustrojowych przez lekarzy praktyków, z drugiej strony domaga się stanowczo ogólnolekarskiego wykształcenia dentystów.

Sepsis oralis periodontogenes dowodzi nam niezbicie, że zęby nie są czemś odrębnem od reszty organizmu i dlatego nie powinny być odrębną do-

meną dla jakiegoś zawodu, tak jak ortopedja nie może się wyodrębnić zupełnie od chirurgji.

Ten prąd, by podnieść poziom wykształcenia ogólnolekarskiego dentystów daje się zauważyć i w Ameryce. Tam dentystyka jako zawód pod względem technicznym święci największe trjumfy, chociaż dla ogólnego zdrowia organizmu w dotychczasowem swem pojęciu nie zawsze okazała się zbawienną. Słusznie pisze w „The Dental Kosmos“ dr. Barker, profesor interny Uniwersytetu Hopkinsa w St. Zj. Ameryki, że „dentystykę należy traktować jako jeden z działów medycyny ogólnej i jej stosunek do lekarza, wykonywającego ogólną medycynę, powinien być taki sam, jakim jest stosunek jego do jakiegokolwiekbądź in. określonego działu medycyny. Inaczej mówiąc, dentystykę można postawić na równi z okulistyką, laryngologją i otjatrją, gdyż znajomość jej pomaga nieraz w rozpoznaniu i leczeniu chorób, które wchodzą w zakres interny“.

W krakowskim Instytucie stomatologicznym wykładający dentystykę prof. dr. Łepkowski rok rocznie zwraca słuchaczom med. uwagę na to, że dentystyka nie powinna być pojętą jako przedmiot, którego winni się nauczyć tylko specjaliści, lecz lekarze, łącząc ją z innemi działami wiedzy lekarskiej.

Dr. Walter B. Martin w tem samem czasopiśmie amerykańskiem zaznacza, że zdrowie pacjentów wymaga współpracy pomiędzy dentystą a lekarzem. Obydwaj powinni zrozumieć problematy, wchodzące w zakres drugiego, zwłaszcza te, które stoją na granicy tych działów i są sztucznie oddzielone. Trzeba tylko pozbyć się uprzedzeń, które dotychczas dzielą, a to dla dobra chorego pomnąc starą zasadę: „salus aegroti suprema lex esto!“

Ralph M. Carter, zajmując się tym samym problematem, pisze: „dentystyka zyskuje z dnia na dzień na znaczeniu, jako gałąź wiedzy lekarskiej, gdyż nowocześnie w dentystyce nie można być technikiem tylko, ale specjalistą chorób jamy ustnej i chirurgiem, a więc stomatologiem. Niedawne są czasy, kiedy chirurgja i interna stanowiły odrębne pola, a dziś nie mogą się obejść bez siebie, zwłaszcza chirurgja bez interny. Stąd też każda dobrze zorganizowana klinika posiada lekarza-specjalistę chorób jamy ustnej i tylko przy jego współpracy leczy się chorych. Dentystyka ma, zresztą, znaczenie nietylko w zapobieganiu posocznicy, ale również w profilaksji raka, jakoteż kiły jamy ustnej. Wiadomo zaś, że od wczesnego rozpoznania tych spraw zależy skuteczność ich leczenia“.

Prof. Boenneken posuwa się dalej w żądaniach zwróconych do dzisiejszego społeczeństwa i domaga się, „by w każdym szpitalu współpracował lekarz-dentysta, gdyż przeszło 50% wszystkich chorych w klinikach i szpitalach cierpi na sepsis oralis“. Wymaga tego zresztą jedynie słuszna zasada w leczeniu, że leczyć należy chorego a nie chorobę. Nie powinno się wobec tego nigdy, chyba tylko w nagłych wypadkach, przedsiębrać większego zabiegu chirurgicznego, ginekologicznego lub okulistycznego, zanim się nie wzmocniło naturalnej odporności danego organizmu, przedewszystkiem przez usunięcie istniejących ognisk infekcyjnych (czy w narządzie moczopłciowym, czy oddechowym, czy w jamie ustnej). Nigdy nie można zaręczyć, czy przy obniżeniu odporności ustroju pod wpływem narkozy i operacji, z tych pierwotnych ognisk infekcyjnych nie rozwinie się nagle posocznica z umiejscowieniem przerzutów w tym lub innym narządzie, mniej lub więcej ważnym

dla życia chorego. Wiadomo, że próchnica zębów z następnem zapaleniem tkanki okołozębowej i ropociek zębodołowy obok chorób ustrojowych takich, jak gruźlica i choróby weneryczne, należą do najbardziej rozpowszechnionych chorób naszej epoki.

Co się tyczy *leczenia schorzeń uzębienia*, zwłaszcza gdy się już ma do czynienia z objawami posocznicy, główną rolę odgrywa stara zasada chirurgiczna: „ubi pus, ibi evacua!" Nie należy niepotrzebnie tracić czasu na konserwatywne metody tam, gdzie cały organizm w niebezpieczeństwie. Należy usunąć zęby, wykazujące daleko posuniętą próchnicę i przewlekłe ropnie okołoszczytowe, przy tem zębodoły wyleczyć, by nie pozostały ogniska do dalszego zakażenia. Podobnie należy postąpić w razie uporczywego ropocieku zębodołowego. Nie powinno się nigdy wcześniej przystępować do robót konserwatywnych, zanim nie usunięto spróchniałych korzeni, oraz zanim nie wyleczono chorych zębów i dziąseł. Tą drogą szedł krakowski Instytut stomatologiczny zawsze od początków swego istnienia. Jego dewizą jest: „nie rozpoczynać wcześniej plombowania lub robót techniczno-dentystycznych, póki nie wyleczyło się jamy ustnej!". Na tem wychodzi dobrze przedewszystkiem sam chory, pozbywszy się bądź co bądź zawsze niebezpiecznych ognisk infekcji, jakoteż instytut, mogąc się wykazać dobrym wynikiem stosowanych przez siebie metod konserwatywnych.

Leczenie istniejącej już *sepsis oralis* należy do zadań niełatwych, a to ze względu na współistniejące ogniska wtórne czyli przerzuty. Te ostatnie nie zawsze są dostępne i wyleczalne, nawet po usunięciu ognisk pierwotnych w jamie ustnej i odcięciu w ten sposób rezerw bakteryjnych, podsycających sprawę ogólną.

Główną wobec tego wagę w leczeniu *sepsis oralis periodontogenes* powinno się kłaść na zapobieganie na higjenę jamy ustnej. Przytem propagandę higjeny jamy ustnej należy rozpocząć już w wieku dziecięcym. Jest to pole do działania lekarzy domowych i lekarzy szkolnych. Nie mogą nam w tym przypadku świecić przykładem Niemcy, zwłaszcza ci z Rzeszy, gdyż w ich uniwersytetach niema dotychczas wykładów dentystyki dla słuchaczy medycyny. Przykładem natomiast powinna być dla nas Anglja i Ameryka, gdzie po ulicach popularyzuje się higjenę jamy ustnej. Dokonywa się tego przy pomocy ad hoc urządzanych wykładów i obrazów świetlnych w specjalnie do tego przeznaczonych automobilach. Te pozwalają przenosić się szybko z miejsca na miejsce po miastach i szerokiej prowincji. Dzieje się zaś to nie bez głębokiego uzasadnienia. Już w uzębieniu mlecznem próchnica czyni spustoszenia i zjawia się widmo sepsis oralis w postaci czy caries profunda czy lymphadenitis submaxillaris. A gdy wyrzynają się pierwsze stałe zęby, to przy znacznych szczerbach w uzębieniu mlecznem, od samego początku są one narażone na większą pracę, jakoteż na zakażenie, którego źródło leży w nadpsutych zębach mlecznych. Stąd od 4 roku życia i wcześniej należy przyzwyczaić dzieci do higjeny jamy ustnej. Jeśli mimo wszystko powstaje próchnica zębów mlecznych, plombować należy najmniejsze ubytki ze względu na przyszłe uzębienie stałe, które ma przecież wystarczyć na cały okres życia. Podobną propagandę prowadzi się systematycznie w szkołach, ucząc poglądowo higjeny jamy ustnej na odpowiednich modelach. Owocem tego jest zdrowie obywateli, wyrażające się obniżeniem się ilości niezdolnych z 30%

na 8% przy poborach wojskowych. Dowodzą tego statystyki poszczególnych krajów.

Lekarz-dentysta przysłuży się ogółowi, jeśli przy plombowaniu będzie się starał nie dopuścić do schorzeń miazgi zębowej. Według Boennekena jedynie zdrowa miazga jest rękojmią, że nie powstaną tak łatwo zapalenia ozębnej względnie okostnej. Te zaś stany chorobowe, jak wiemy, są pierwszym etapem w powstawaniu posocznicy okołozębowej.

Wielkie znaczenie w zapobieganiu *sepsis oralis* posiada nadto badanie rentgenologiczne, wykrywające dość wcześnie najdrobniejsze zmiany zapalne około szczytów korzeniowych, jakoteż utajone ogniska zakażenia. Bez badania rentgenologicznego nie powinno się dziś podejmować większych robót zachowawczych techniczno-dentystycznych w jamie ustnej. Rok rocznie powinien także każdy ceniący swe zdrowie człowiek poddać kontroli fachowej swe uzębienie i to nie tylko na ewentualne ubytki (próchnicę), ale zwłaszcza na utajone ogniska zakażenia przy pomocy zdjęć rentgenowskich. To ostatnie dotyczyć powinno przedewszystkiem zębów pozbawionych żywej miazgi, gdyż około takich zębów najchętniej lokalizuje się zakażenie.

Najważniejszą konsekwencją, płynącą z nauki o sepsis oralis, pozostanie hasło: zamknąć drogę zakażeniu poprzez zęby i jamę ustną! Zamknąć przez szerzenie higjeny jamy ustnej wśród najszerszych warstw ludności i przez ścisłą współpracę przedstawicieli różnych działów wiedzy lekarskiej z przedstawicielami dentystyki!

Praca niniejsza opiera się na nielicznych własnych spostrzeżeniach, a przeważnie na literaturze i na wskazówkach udzielonych mi przez J. W. Prof. Dr. Łepkowskiego, któremu niech mi będzie wolno złożyć w tem miejscu serdeczne podziękowanie za temat i wydatną pomoc w opracowaniu tegoż.

Również dziękuję J. W. Panom: Prof. Majewskiemu za pozwolenie korzystania z historji chorób kliniki okulistycznej U. J., a Prof. Dr. Gieszczykiewiczowi za udzielenie wywiadu co do niektórych danych bakterjologicznych tej pracy.

Dział streszczeń.

Sołowiew P. dr. i Winogradowa S. dr. (Moskwa). CZYNNIK RASOWY W T. ZW. ROPOCIEKU ZĘBODOŁOWYM (Zche Rund. 47, r. 1928).

W patogenezie t. zw. ropocieku zębodołowego mają pewne znaczenie czynniki ogólne; konstytucja ustroju, właściwości rasowe i t. d. W pracy autorów jest poruszony stosunek t. zw. ropocieku zębodołowego do przedstawicieli poszczególnych grup krwi.

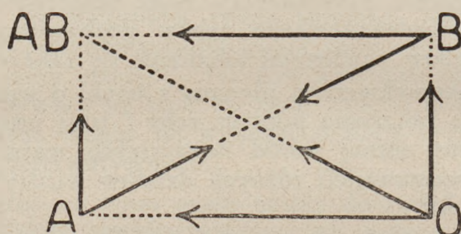
Mniej więcej przed 30 laty stwierdzono, że przy zmieszaniu serum jednego osobnika z erytrocytami innego ostatnie albo nie podlegają żadnym wpływom, albo zlepiają się, agglutynują. Na tej zasadzie stwierdzono, że istnieje kilka rodzajów krwi ludzkiej.

Pierwszą klasyfikację na trzy grupy przeprowadził w r. 1901 Landsteiner. Podział ten nie wyczerpał wszystkich możliwości.

W r. 1907 Jansky i w r. 1910 Moss ustalili podział na 4 grupy krwi, biorąc za podstawę stosunek serum do erytrocytów. Grupa I Jansky'ego odpowiada IV grupie Moss'a i odwrotnie. Hirschfeld i Dungern uznali podział ten za słuszny. Zawarte w serum agglutyniny oznaczono greckiemi literami α i β, a agglutogeny w erytrocytach łacińskiemi A i B. W ten sposób można otrzymać podział:

Podług Jansky'ego	I	II	III	IV
„ Moss'a	IV	II	III	I
„ Dungern'a „ Hirschfólda	$O\alpha\beta$	$A\beta$	$B\alpha$	ABO

Ostatnio Landsteiner proponował ujednostajnienie mianownictwa, biorąc pod uwagę właściwości agglutynogenów w erytrocytach, i oznacza grupy przez O, A, B, AB.



Strzałki oznaczają kierunek agglutynacji. Np. krew z grupy O agglutynuje erytrocyty wszystkich innych grup, sama przez żadną inną grupę nie będzie agglutynowana.

Przynależność do tej lub innej grupy ustala się w drugim roku życia, pozostaje niezmieniona i niezależna jest od płci. Przy ustalaniu grup u różnych ras stwierdzono, że wszystkie 4 grupy spotyka się u wszystkich narodowości w najrozmaitszym stosunku procentowym. Podług Hirschfelda u narodów Północy i Zachodu przeważa grupa A, na Południu i Wschodzie agglutynogen A zmniejsza się, przybiera B. Stąd wyciąga wniosek, że grupa A powstała u narodów Zachodu, B Wschodu; później naskutek wędrówki narodów i zmieszania ras zmieszały się grupy A i B.

Hirschfeld także opracował biochemiczny wskaźnik (index) rasowy, przedstawiający stosunek agglutynogenu A (zawart. w gr. A i AB) do agglutynogenu B (w grup. A i AB). Zostało to potwierdzone przez Verzár'a, Wescesky'ego i in.

Grupy krwi są dziedziczne. Oznaczenie grupy krwi ma wielkie znaczenie przy transfuzji krwi, przy transplantacji tkanek i narządów i t. d. Stwierdzono np., że malarja ma przebieg uporczywy przy grupach A i B, natomiast przy grupie O może mijać bez leczenia. Obserwowano, że gruźlica ma przebieg cięższy przy grupie O. Paraliż postępowy jest u osób grupy O rzadki. Możnaby przypuszczać, że i ropociek zębodołowy stoi w pewnym stosunku do grup krwi.

Badania były przeprowadzone u 386 osób, pochodzących ze Środkowej i Zachodniej Rosji różnej narodowości: u 298 rosjan (137 mężcz. i 165 kobiet), 82 żydów (29 mężcz. i 53 kob.), 2 ormian, 2 niemców, 1 tatara. Wszyscy w wieku 20 — 50lat.

Ponieważ płeć i wiek nie wpływają na grupę krwi, oraz, że badani byli to rosjanie i żydzi, których index rasowy jest podobny, jak to stwierdziło wielu badaczy, brano dla statystyki sumę, nie wyróżniając rasy, płci, wieku.

Wyniki: Grupy	Procent normalny	% rozp. zęb.
O	33%	30%
A	51%	45%
B	11%	17%
AB	5%	8%

Z tego możnaby wywnioskować, że t. zw. ropociek zębodołowy przeważa w grup. A i O.

Badania kontrolne stwierdziły jednak, że powyższa tabelka nie jest ścisła, gdyż okazało się, że wśród osób, odwiedzących klinikę powyższą, dominującą grupy O i A. li tylko ze względów etnograficznych.

Stąd wnioskować można:

1) Na t. zw. ropociek zębodołowy chorują w równej mierze rosjanie jak i żydzi.

2) Nie przeważają osoby żadnej grupy krwi.

Czynnik rasowy nie stoi więc w żadnym stosunku do schorzenia t. zw. ropocieku zębodołowego.

Dr. M. Kalisz,
lekarz-dentysta (Łódź).

Kwaśniewski St. (Poznań). OBRAZ KRWI W SCHORZENIACH JAMY USTNEJ. (Med. Pr. z 1, r. 1928).

Płonica. W pewnym okresie płonicy wysuwa się bardzo charakterystyczny obraz krwi, t. j. leukocytoza z wzmożoną ilością komórek eozynochłonnych. Leukocyty kwasochłonne nie występują zwykle w pierwszych dniach choroby, lecz zjawiając się około 4 — 5 dnia, krążą we krwi przez kilka, lub kilkanaście dni. W przypadkach bardzo ciężkich brak czasami zupełnie komórek eozynochłonnych.

Błonica nie posiada charakterystycznego obrazu krwi. Natomiast spotykamy schorzenia jamy ustnej z nalotami, przypominającemi zupełnie błonicę, które jednak zasadniczo różnią się od niej, mianowicie pod względem hematologicznym. Jest to tak zwana *angina monocytotica*, lub *libphoblastica;* często dreszcze, ciepłota do 39 — 40°; chory narzeka na ból gardła; migdałki i podniebienie pokryte są nalotem zielono-białym, następnie obrzmienie gruczołów podżuchwowych, pachwowych i pachwinowych; śledziona wyraźnie powiększona, także wątroba; w niektórych przypadkach lekko-żółte zabarwienie twardówki i skóry. Uwzględniając zmiany w jamie ustnej, rozpoznaje się typową błonicę, lecz obrzmienie gruczołów i śledziony wskazuje na sprawę chorobową, obejmującą cały układ limfatyczny.

Obraz hematologiczny jest w tych przypadkach bardzo charakterystyczny: częściowo niezwykły odsetek limfocytów, zazwyczaj nietypowych, aż do 70%, to znów znaczna zwyżka monocytów do 50 — 60%. Często spotykamy komórki jednojądrzaste nietypowe i przejściowe.

Największe trudności w różnicowaniu nastręczają *schorzenia migdałków*, które wyróżniają się rozpadem tkanki limfatycznej, a więc tak zwana *angina ulcerosa.* Owrzodzenie migdałków spotykamy nie tak rzadko i znamy szereg

chorób, którym towarzyszy ubytek tkanki migdałkowej, a są to: *angina Plaut-Vincent, angina luetica, białaczki, angina agranulocytosa, rak i gruźlica.* Angina Plaut-Vincent i angina luetica, klinicznie bardzo do siebie podobne, nie posiadają charakterystycznego obrazu krwi. Angina luetica o tyle różni się od anginy Plaut-Vincent, iż gruczoły podżuchwowe są większe, twardsze i niebolesne (obraz dla kiły bardzo znamienny); w niektórych przypadkach wysypka wskazuje na istotę choroby. Odczyn Wassermanna jest już wcześnie dodatni.

Białaczki, zwłaszcza ostre, jako choroby rzadkie, mało są znane praktykowi. W tych przypadkach rozstrzyga w różnicowaniu obraz krwi. Zespół kliniczny w jamie ustnej przedstawia się, jako drążące, dość głęboko idące owrzodzenie migdałków, niekiedy prócz tego widzimy krwawienie i owrzodzenie dziąseł. Zazwyczaj udają się tacy chorzy do dentysty lub chirurga. Szczegółowe badanie chorego wykazuje w białaczkach przewlekłych obrzmienie gruczołów i śledziony; w ostrych wyczuwa się tylko miękką śledzionę. Obraz krwi sprawia trudności tylko w białaczkach ostrych z leukopenją. Klinicznie angina agranulocytosa może przedstawić w jamie ustnej zupełnie jak sprawy białaczkowe, a więc rozpad tkanki migdałkowej (czasami cały migdał zmartwiały daje się wyłuszczyć) i częściową martwica dziąseł; u kobiet może czasami zachodzić martwica sromu. Niekiedy występuje lekka żółtaczka.

W niedokrwistości złośliwej spotykamy również pewne zmiany w jamie ustnej, najczęściej krwawienia z dziąseł i typowy dla niedokrwistości złośliwej „język Huntera", t. j. zanik mieszków językowych. Chorzy skarżą się w tych przypadkach na palenie języka przy spożywaniu ostrych potraw, co powodują często spotykane małe ubytki w języku. Charakterystyczny dla niedokrwistości obraz krwi rozstrzyga rozpoznanie.

W schorzeniach gruźliczych, rakowych i innych nowotworowych, trzeba się uciec do próbnego wycięcia, celem stawienia rozpoznania, gdyż klinicznie jest to często niemożliwe. Należy naturalnie wykluczyć najpierw wszystkie wzwyż wspomniane sprawy, które z pewną dokładnością ustalić można, posługując się badaniem bakterjologicznem i hematologicznem.

SEPSIS ORALIS. W sprawie leczenia t. zw. zakażenia ustnego (sepsis oralis) dr. Precht (Therapie der Gegenw. nr. 4, r. 1928; W. Cz. Lek. nr. 26 z dn. 16.VIII, r. 1928) m. in. zaznacza:

Nazwa powyższa obejmuje szereg schorzeń etjologji bakteryjnej, wychodzących ze spraw zapalnych jamy ustnej. Stanowią one poniekąd domenę dentystyczną do ogólnej medycyny, w szczególności zaś w świetle teorji Rosenowa o znaczeniu spraw ropnych okołozębowych dla powstawania przerzutów do organów wewnętrznych, a nawet zakażenia ropnego ogólnego. Wzmiankowany autor jest zasadniczo przeciwny bezkrytycznemu usuwaniu migdałków wzgl. bezmiazgowych zębów, jak to ma miejsce w Ameryce. Jednakże nie należy zapominać o tem, że narządy te mogą być punktem wyjścia zakażenia ogólnego i *w razie braku innego źródła infekcji szukać go należy w organach jamy ustnej.*

Skoro się już ustaliło, że źródłem zakażenia jest ten czy inny narząd jamy ustnej, należy postąpić z nim zawsze radykalnie, t. j. usunąć zupełnie podejrzany migdałek względnie ząb, nigdy zaś nie połowicznie, gdyż to właśnie może poderwać zaufanie do leczenia.

ZATRUCIE RADEM, A ZMIANY W KOŚCIACH SZCZĘKOWYCH. Wśród robotnic, zatrudnionych w fabrykach zegarów w N.-Jorku, jest pewna grupa, zajmująca się nakładaniem farby, zawierającej rad, na strzałki zegarków, świecących w ciemności. W tym celu używane są specjalne pędzelki, zmaczane pomiędzy zębami dla nadania im ostrego kształtu. Dentysta, do którego zwróciła się jedna z wyżej wymienionych robotnic, stwierdził u niej daleko posunięty rozkład kości żuchwy. Choroba czyniła znaczne postępy, a wkrótce chora zmarła. Podczas sekcji stwierdzono, że pozostała kość żuchwy świeciła się w ciemności. Ta okoliczność wyraźnie wskazywała na źródło choroby — zmaczanie pomiędzy wargami wyżej wymienionych pędzli. Między innemi skonstatowano również, iż w stosunkowo krótkim czasie z tegoż powodu zmarło jeszcze 7 dziewcząt, zatrudnionych w tejże fabryce.

Według obliczeń lekarza-dentysty w ciągu najbliższych 5-ciu lat należy się spodziewać wypadków śmiertelnych z tejże przyczyny jeszcze u 30 — 35 robotnic (Now. Zub. 8 r. II).

Odgłosy.

I.

Praca społeczno-naukowa lekarza-dentysty.

Swego czasu w „Przeglądzie Lekarskim“ ukazał się obszerny artykuł pióra ś. p. dra Władysława Biegańskiego, p. t. „O pracy naukowej lekarza prowincjonalnego“.

Treścią myśli i idei owego artykułu miała autorowi posłużyć jedna z nowelek Żeromskiego, w której znakomity pisarz, między innemi, wyraża się, „że człowiek kultury, wyrzucony przez pęd odśrodkowy niedostatku z ogniska życia umysłowego do Kurozwęk lub Obrzydłówka, podlega z wpływem czasu wskutek dżdżów jesiennych, braku środków komunikacji i absolutnej niemożności mówienia w ciągu całych sezonów stopniowemu przeistoczeniu się w twór mięsożerno-roślinożerny“.

Fabułę nowelki, historję owego przeistoczenia „człowieka kultury“ w „twór mięsożerno-roślinożerny“ Żeromski opisuje w sposób następujący: Pewien młody lekarz zaraz po ukończeniu nauk uniwersyteckich, pełen szlachetnych i wzniosłych aspiracji, rozpoczął swą praktykę lekarską w zapadłej dziurze prowincjonalnej — Obrzydłówku. Będąc z natury jednostką czynną i energiczną, jednostką o wzniosłych aspiracjach, zbliżył się on do ludu, rzucając wśród niego zasady higjeny; z aptekarzem miejscowym i felczerami-profanami rozpoczął nieprzejednaną walkę, jako wyzyskiwaczami ludu; w swych dysputach z miejscową „inteligencją“ rozwijał szeroko idee i aspiracje o pracy społecznej dla dobra szerokiego ogółu. Słowem, młody lekarz był jedynym w Obrzydłówku szermierzem kultury i wznioślejszych dążeń. Niespełna jednak rok jeszcze nie upłynął od czasu przybycia lekarza do Obrzydłówka, a odczuł on, że jego czyny, jego energja stają się „dziedzictwem robaków“: prosty lud nurza się nadal w brudzie i błocie; tak zwana inteligencja miejscowa, potakując jeno głowami, jest nadal głucha i obojętna

na wygłaszane przez niego idee. Walczące siły były nierówne; wokoło młodego doktora z jednej strony — otoczenie wrogie, z drugiej zaś — żadnej pomocy, żadnej iskierki otuchy, tego świętego animuszu do dalszego wytrwania — nie widać było znikąd.

W końcu ten jedyny krzewiciel cywilizacji w Obrzydłówku, złamany duchem, zobojętniał na sprawy ogółu i pewnego pięknego poranku skonstatował, że ów płomyczek nad jego głową, z którym tu przyszedł i którym chciał oświetlić dróżynę swoją, zgasł. Zagasł sam przez się: wypalił się. Od tego czasu pogodził się z losem i wspólnie ze swoim byłym wrogiem — aptekarzem rozpoczął „orać w wincie". Zamiast gorących dyskusji na temat postępu, cywilizacji i pracy społecznej, prowadził zajadłe rozmowy co jest smaczniejsze, czy prosię nadziewane kaszą tatarczaną z majerankiem, czy bez majeranku. Przestał zupełnie czytywać, interesować się sprawami społecznemi, zajmował się praktyką rutynicznie, a w godzinach wolnych zabijał nudy, leżąc na szeslongu, aż w końcu, opanowany zabójczem lenistwem, stopniowo przeistoczył się w „twór mięsożerno-roślinożerny".

Tak oto Żeromski kreśli nam, w jaki sposób zapadła prowincjonalna dziura Obrzydłówek wyjadła i wyssała wszystko to, co najszlachetniejszem tętnem biło w sercu młodego lekarza.

Autor wspomnianego na wstępie artykułu, dr. Biegański, robiąc pewne aluzje co do charakteru naszkicowanego obrazu, jako zbyt owianego pesymizmem, godzi się jednak z myślą przewodnią Żeromskiego, że pod wpływem Obrzydłówka, Kurozwęku i t. p. podobny typ inteligenta psychologicznie jest możliwy. I, szukając drogi wyjścia z tego tragicznego położenia, przychodzi do konsekwentnego wniosku, że nie unikanie Pacanowów i Obrzydłówków stanowi drogę ratunku, ratunek znaleźć musimy w nas samych. Rozwijając myśl przewodnią, dr. Biegański w swych logicznych wywodach przychodzi do ostatecznego wniosku, że osobnik inteligentny, rzucony przez los życia do Obrzydłówka lub Pacanowa, może ochronić się od niwelującego otoczenia, o ile znajdzie w sobie samym podnietę dla swych odrębnych myśli i uczuć. A taką „podnietą", taką wiecznie pulsującą żyłką, ma służyć wrodzony popęd do tworzenia, który tkwi w każdym człowieku w mniejszym lub większym stopniu.

Analizując rodzaje pracy twórczej, dr. Biegański, interesuje się tylko stroną naukową i stosunkiem lekarza prowincjonalnego do pracy naukowo-medycznej.

Niezachwianym pewnikiem jest, że inteligent, rzucony przez los do zapadłego kąta prowincjonalnego, z biegiem czasu z najróżnorodniejszych przyczyn podlega różnym zmianom natury psychicznej i intelektualnej w sensie ujemnym. Wiele należy mieć żelaznej woli i hartu duszy, aby nie ugiąć się przed otoczeniem, aby nie pokryć się pyłem prowincjonalnym i pleśnią.

Od czasu ukazania się na półkach księgarskich wyżej opisanej nowelki Żeromskiego do chwili obecnej w kraju naszym wiele się zmieniło. Wojna wszechświatowa dotarła do najgłuchszego zakątka kraju, wstrząsnęła martwe życie szerokich sfer prowincjonalnego społeczeństwa, sprawiła wielkie poruszenie uśpionych umysłów. Życie społeczne wre obecnie nietylko w miastach i miasteczkach, lecz również po wsiach i osadach. Jesteśmy świadkami, jak kraj nasz po wszystkich zakątkach pokrywa się siecią najróżnorodniejszych placówek: filantropijnych, kulturalno-oświatowych i społecznych. Nie widać

braku sił inteligentnych, oddanych sprawie dla dobra ogółu. Niestety, wśród wielu tych pracowników rzadko kiedy można spotkać nazwisko któregoś z naszych kolegów. Nawet w większych miastach, w Warszawie, Łodzi i t. d. koledzy nasi stoją zupełnie na uboczu od wszelkiej pracy społecznej. Spotykało się i spotyka się podczas tysiąca najróżnorodniejszych zebrań publicznych szeregi nazwisk szewców, krawców, adwokatów, inżynierów, lekarzy i t. d. — broń Boże, nazwiska dentysty nawet ze świecą w ręku odnaleźć niemożna. Wygasły duch, bez najmniejszej iskierki, bez najmniejszego przebłysku życiowego!

A wszak tylu kolegów naszych, rozrzuconych jest po szerokiej prowincji, którzy wiele zdziałać mogliby dla dobra sprawy ogólnej, czy w pracy oświatowej, filantropijnej, lub społecznej.

Niemal tęż samą abstencję, też same smutne zjawiska zauważyć można wśród naszych kolegów w stosunku do pracy naukowej w zakresie naszej specjalności. Rzec śmiało można, że najbardziej upośledzoną, najbardziej biedną ze wszystkich gałęzi medycyny pod względem piśmiennictwa jest nasza specjalność. Czy to w zakresie zębolecznictwa ogólnego, czy to w zakresie techniki protetycznej, nie mówiąc już o takich zagadnieniach naszej specjalności, z któremi nieco rzadziej się spotykamy, jak: ortodoncja, piśmiennictwo nasze jest ubogie, gdyż posiadamy nikłą liczbę prac naukowych, nie posiadamy podręczników, ani dzieł popularnych.

Praca naukowa w zakresie naszej specjalności jest dla nas dostępniejsza, aniżeli dla lekarza praca naukowa w dziedzinie medycyny ogólnej. Temu ostatniemu w jego badaniach i spostrzeżeniach niezbędny jest szpital lub klinika, wówczas, gdy my materjał obserwacyjny mamy zazwyczaj u siebie w poradni wśród naszych stałych pacjentów. Niezaprzeczalną prawdą jest, iż w pracy naukowej w zakresie dentystyki koledzy prowincjonalni mają wiele przeszkód. A jednak obfity i różnorodny materjał kliniczny, systematyczna praca nad sobą i energja mogą przezwyciężyć wszelkie trudności. Wszechstronna wiedza przyrodnicza, jaką otrzymuje lekarz na studjach uniwersyteckich, dała możność niejednemu lekarzowi zająć się pracą naukową niekoniecznie w zakresie swojej specjalności. Niemało zasług położyli lekarze również na polu naukowem, nie mającem nic wspólnego z ich stopniem lekarskim i medycyną. Niestety! szczupły zakres wiedzy z dziedziny nauk przyrodniczych, jaki otrzymuje lekarz-dentysta, nie pozwala na pracę naukową, wychodzącą po za ramki jego specjalności. Lecz w pewnem uzależnieniu od tego „popędu do tworzenia“, wybijają się, rzadko wprawdzie, również i pośród naszych kolegów jednostki, które na polu twórczości literackiej pewne położyły zasługi. Wszystko to jednak, jak zaznacza dr. Biegański, zależne jest od „wrodzonego popędu do tworzenia, który tkwi w każdym człowieku w mniejszym lub większym stopniu“.

Daniel Hipolit Kon
(Końskie, Ziemia Radomska).

II.

„Wolni" praktycy dentystyczni.

Trzeba być bezstronnym i przyznać, iż zawód felczerski konsekwentnie walczyć potrafi o prawa i godne stanowisko przedstawicieli tego zawodu. O pomyślnych wynikach tej walki, o swoją egzystencję, prowadzonej przez

felczerów już od pierwszej chwili uzyskania naszej niepodległości, niejednokrotnie wspominaliśmy. Ustawa Sejmowa ostatecznie ustaliła prawa i granice wykonywania praktyki felczerskiej. I nikt już, pomimo pewnego uprzedzenia władzy lekarskiej i przedstawicieli zawodu lekarskiego, praw nabytych im już nie odbierze.

Trzeba przyznać dalej, iż sama organizacja felczerów nie wysuwała nader wygórowanych żądań, któreby zagrażały organizacji pomocy lekarskiej (mówimy o ramach prawnych).

Owiani troską o swój byt materjalny, felczerzy starali się wpłynąć na czynniki miarodajne, aby wystawione postulaty urzeczywistnić. Uzyskawszy więc w drodze ustawodawczej dwie ustawy *o wykonywaniu praktyki felczerskiej i o służbie felczeró w wojsku,* felczerzy, ostatecznie zabezpieczeni prawnie, mogą już w ramach uzyskanych praw spokojnie poświęcić się swemu zawodowi. Wiadomo ogólnie, iż solidniejsi przedstawiciele zawodu felczerskiego we własnym interesie i w celu podtrzymania swego autorytetu stosują się ściśle do postanowień, o które walczono.

Niestety, jak i w innych wolnych zawodach, element felczerski nie jest jednolity. To też pewne jednostki, należące lub nie należące do tych zrzeszeń zawodowych, widocznie pojmując inaczej swoją rolę i stanowisko, wkraczają nieraz w dziedziny, nic wspólnego z ich zawodem nie mające. Do dziedzin tych, jak ogólnie wiadomo, należy również *specjalność dentystyczna*, której właśnie imają się niektórzy podrzędni felczerzy, uprawiając jednocześnie i swój zawód. Dzieje się to zwłaszcza na prowincji, po wsiach, gdzie nieraz nietylko felczerzy, lecz i zwykli golarze czy fryzjerzy otwarcie uprawiają zębolecznictwo wraz z protetyką, nie mówiąc już *o wyjmowaniu zębów*, bowiem zabieg ten wkracza w dziedzinę tak zw. małej chirurgji, którą praktyka felczerska również obejmuje. Wiertarki, narzędzia specjalno-dentystyczne, materjały do plombowania, fotele dentystyczne, narzędzia techniczne i t. d. — wszystko to u niektórych praktyków dentystyczno-felczerskich bynajmniej nie znajduje się w ukryciu. Praktyka dentystyczna, jak nam komunikują, odbywa się otwarcie, również rzesze nie orjentujących się pacjentów znają dobrze owe felczerskie „gabinety dentystyczne", mieszczące się często w zwykłych golarniach, w których aseptyka sięga najwyższego stopnia niechlujstwa.

Kojarzenie więc dwu zawodów, widocznie, jest nader dogodne. Dublowane „poradnie" nie podlegają wymaganiom, stawianym poradniom dentystycznym resp. sławetnym „przepisom" w liczbie 24 paragrafów b. Min. Zdrowia Publ.!

Że w takich warunkach cierpi ogół chorych, o tem nie należy się tu rozwodzić. Wszak każdy przyzna, iż zaplombowanie np. zęba w warunkach niezwykłego niechlujstwa w podrzędnych golarniach — to początkowe ogniwo długiego łańcucha cierpień miejscowych i ogólnych.

Zwracamy tu uwagę na nienormalne to zjawisko nietylko z punktu widzenia naszego zawodu, lecz i społecznego. Dzięki „dublowaniu" swoich różnorodnych specjalności wiele bezwzględnie traci racjonalna organizacja pomocy dentystycznej w Państwie, potęguje się partactwo dentystyczne, wytwarza się niezdrowa konkurencja, podkopane zostaje zaufanie społeczeństwa do zębolecznictwa.

Sytuacja staje się poważniejszą, zaznaczamy, zwłaszcza na prowincji, gdzie praktycy dentystyczni zmuszeni są uprawiać swój zawód w warunkach

nienormalnych; są oni nieraz bezradni wobec dziwnej obojętności niektórych czynników miarodajnych...

Sprawa samodzielnej praktyki zębolecznicze całej gromady uczniów techniczno-dentystycznych przedstawia się w gorszem świetle.

Każdy przyzna, iż wśród przedstawicieli zawodu techniczno-dentystycznego są jednostki solidne, nader sumienne, zdolne i oddane swemu zawodowi. Jednostki takie dobrze są znane. Natomiast w stosunku do nader licznej rzeszy uczniów techniczno-dentystycznych, zajmujących się po krótkiej „nauce" wyrabianiem dostawek dla siebie (t. j. dla swoich pacjentów) i nie dla siebie (przeważnie dla nieorjentujących się praktyków) nie uczyniono zgoła nic, pomimo, iż zawód techniczno-dentystyczny posiada dobrze zorganizowane zrzeszenia. A wszak każdy przyzna, iż sprawa ta jest nader ważna. Wobec więc braku dotychczas jakichkolwiek prawnych przepisów w tej mierze i sprzeciwu zrzeszonych solidniejszych techników dentystycznych liczba osób, mianujących się „technikami dentystycznymi" rośnie już nie z dnia na dzień, lecz z godziny na godzinę. O jakichkolwiek kwalifikacjach, wymaganiach, o warunkach pracy mowy niema. Dalej — wobec coraz znaczniejszego napływu uczniów bez wszelkiego ograniczenia tworzy się samorzutnie kiepski niewyszkolony proletarjat techniczno-dentystyczny, imający się niewybrednych sposobów zarobkowania. Wśród tych partaczy mamy sporo takich jednostek, które po krótkoterminowej „nauce" techniki rzucają swoich nauczycieli, nieraz tej samej jakości. Nieszkoleni racjonalnie „pracownicy" ci, którzy sami siebie „usamodzielniają", prowadzą walkę konkurencyjną z lepszymi pracownikami i wobec cen konkurencyjnych mają nawet „powodzenie" wśród nieorjentujących się „pracodawców" i takichże sfer społeczeństwa. Co więcej — uprawiają oni nietylko zawód techniczno-dentystyczny, lecz wykonywają również zębolecznictwo na „swój" sposób. Każdy przyzna (nawet sami technicy), iż tego rodzaju „działalność" wkracza w dziedzinę partactwa leczniczego, o co niesłusznie bywa oskarżony *cały* zawód techniczno-dentystyczny...

Omawiane wyżej sprawy w interesie samych zawodów, Państwa i społeczeństwa winne być ostatecznie rozwiązane w duchu pożądanym.

Zrzeszenia felczerskie, jak to nieraz dawały dowody dbałości o dobro swego zawodu, winny przyczynić się do ozdrowienia nienormalnych stosunków, wystosować odezwę do swoich zrzeszonych ew. do ogółu felczerów i wyeliminować jednostki, nie podporządkowujące się wymaganiom zawodu. Uprawiane partactwo rzuca cień na cały zawód felczerski i przyczynia się do interwencji prawnej.

Sprawa uczniów techczno-dentystycznych jest nie mniejszej wagi i winna być ostatecznie rozwiązna. Nie możemy liczyć na owe sfery resp. grupy, których nasze sprawy zawodowe mało lub wcale nie obchodzą.

Wobec braku należytej kontroli partactwo głęboko zapuszcza swe korzenie.

1) W sprawie niewłaściwego zajmowania się techniką i zębolecznictwem niektórych felczerów należałoby wejść w porozumienie z odnośnymi zarządami zrzeszeń, które w drodze interwencji przyczynić mogliby się do rozwiązania sprawy. Co zaś się tyczy przeróżnych golarzy resp. fryzjerów, to bezwzględnie winna interwenjować administracyjna władza lekarska. W tym celu zrzeszenia dentystyczne poczynić winny odnośne kroki, opierające się na istniejącem prawodawstwie dentystycznem.

2) W sprawie uprawiania partactwa przez uczniów techniczno-dentystycznych przedewszystkiem należy wejść w porozumienie z zrzeszeniami solidniejszych techników dentystycznych, którzy, jak nam wiadomo, sami dążą do ostatecznego uregulowania tej bolączki, krzywdzącej ich z całego szeregu względów.

W nieprawne czynności osób niepowołanych zwłaszcza na prowincji, winny wejrzeć odnośne władze administracyjno-lekarskie, kierując się przepisami prawnemi.

Zaznaczamy, iż poruszona sprawa jest z wielu względów pilna i wymaga możliwiej rychłego rozwiązania. *K.*

III.

W sprawie wyraźnego ustalenia nazwy zjazdów.

W zesz. 5 — 6 r. 1928 (maj — czerwiec) „Kroniki Dentystycznej" w rubryce „Ze zjazdów", dotyczącej odbytego w Krakowie Zjazdu Stomatologicznego (w dn. 27 — 29.V.1928 r.) przytoczyliśmy w porządku chronologicznym daty odbytych Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, przy których wśród szeregu różnych sekcji lekarskich istniały *Sekcje Dentystyczne*, o które dentyści przez szereg lat walczyli, oraz porządek *Zjazdów lekarzy-dentystów w Odrodzonej Polsce*, t. j. z chwilą wskrzeszenia Państwa, kiedy to świat dentystyczny znalazł się w innych zgoła warunkach swej pracy zawodowej.

Wszelkie ścisłe dane przytoczyliśmy od chwili wyłonienia się sprawy *Zjazdu lekarzy-dentystów w marcu 1922 roku w Warszawie* i następnie odbycia się we Lwowie I Polskiego Naukowego Zjazdu lekarzy-dentystów w dniach 22 — 26 lipca r. 1923.

Przytoczone dalej szczegółowe dane aż nadto wyraźnie stwierdziły, iż do chwili odbytego w Krakowie w dn. 27 — 29 maja r. 1928 Zjazdu mieliśmy do czynienia z *Sekcjami Dentystycznemi* Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich oraz ze *Zjazdami lekarzy-dentystów w Odrodzonej Polsce.* Przytoczywszy te dane, wskazywaliśmy na to, iż Sekcje i Zjazdy lekarzy-dentystów ostatnio samowolnie przemianowane zostały na *stomatologiczne.* Wobec tego, iż i ostatnio szczególnie wyraźnie uwydatnione jest pewne różniczkowanie bynajmniej nie z winy lekarzy-dentystów, których *większość* wcale nie sięga po wyższe szczeble tytułowe, i że ta grupa pracowników pragnęłaby zasłużenie zachować pewne stanowisko, a tembardziej, iż ostatnio w Stałej Delegacii zjazdów lekarzy-dentystów czy też stomatologicznych ta grupa nie jest już brana pod uwagę, należałoby, zdaje się, sprawę ostatecznie wyjaśnić. Wyjaśnienie to tembardziej jest konieczne, iż omawiane Zjazdy stają się zjawiskiem częstszem, aniżeli inne zjazdy lekarskie, i pomimo to nie mamy wcale możności omówienia *własnych* spraw zawodowych, które to innej kategorji praktyków mogą nie dotyczyć, czemu dziwić się wcale nie należy. A wszak Zjazdy lekarzy - dentystów, każdy przyzna, mogą posiadać pewną odrębność pod tym względem. O tem nie należy tu zbyt się rozwodzić.

Zdawałoby się, iż nasze uwagi, dotyczące poprzednich Sekcji i Zjazdów, być może, jako nieścisłe, będą skorygowane. Ta właśnie korekta była wskazana, gdyby istotnie przytoczone fakty były nieścisłe, tembardziej, iż na ostatniem zjeździe pewne rozróżniczkowanie *bardziej jeszcze* się uwydatniło. A wszak

temu dziwić się nie należy. Trzeba każdemu oddać swoje. Tymczasem nikt nic nie prostował, ani też nie wskazał dat, kiedy i przez kogo powzięte zostały pewne uchwały i poczyniono zmiany w organizacji Sekcji, jak i Zjazdów lekarzy-dentystów, czy też stomatologicznych. Stała Delegacja nie rzekła ani słowa.

Szkoda...

Ta sprawa, jak nam doskonale wiadomo, nie jest sprawą jednostek. Obchodzi ona *większy* odłam pracowników, którzy uważają, iż nie mogą być ignorowani tam, gdzie ich udział w pojęciu pewnych decyzji byłby pożądany.

Sprawę omawianą natomiast rozwiązał nader prosto kol. Mokrzycki, który, podając sprawozdanie z odbytego w dniach 27 — 27 maja 1928 r. Zjazdu w Krakowie, zaopatrzył je w następujący wstęp:

> „Ostatni Zjazd Stomatologiczny, który odbył się w Krakowie przy końcu maja, nazwano trzecim, uważając za pierwszy odbyty we Lwowie w r. 1923, zaś za drugi Sekcję Stomatologiczną przy XII Zjeździe lekarzy i przyrodników, odbytym w Warszawie w 1925 r.“

(P. „Przegl. Dent.“ Nr. 9, r. 1928, str. 349). Krótko i węzłowato. Ogólnikowo. Jakby Zjazdów lekarzy-dentystów dotychczas nie było. „*Nazwano, uważając...*“ A tymaczasem w wierszu 13-ym owego sprawozdania w przemowie prof. Łepkowskiego wyraźnie wymieniono: *Sekcję Dentystyczną* Zjazdu lekarzy i przyrodników p. w r. 1900 (stąd tradycja!). O ile przez nas przytoczona chronologja jest niścisła, proponujemy dla przykładu rzucić choćby pobieżnie okiem na program owego właśnie I-go we Lwowie Zjazdu, o którym kol. M. wzmiankuje; tam mamy określenie już nadto wyraźne:

„*A. Program uroczystości otwarcia I Polskiego Naukowego Zjazdu lekarzy-dentystów we Lwowie, w niedzielę, dnia 22 lipca 1923 r.*“ Tam chyba ścisłość nie może być ignorowana, ani też przez ścisłe sprawozdanie kwestjonowana. Uważać więc należy ów lakoniczny *wstęp* do sprawozdania kol. M. za błędną informację, naturalnie, o ile jakieś czynniki nie wchodzą tu w grę. Wszak, jak już wzmiankowaliśmy, na odbyty w Krakowie Zjazd miał być przez pewnego uczestnika nawet wniesiony *wniosek o ustalenie dla wszystkich praktyków dentystycznych w Polsce (lekarzy-dentystów i dentystów b. zab. ros.) jednolitego tytułu — stomatologa!!*

We wspólnym więc interesie należałoby sprawę ostatecznie rozstrzygnąć. Stała Delegacja Zjazdów lekarzy-dentystów, do której, zdaje się, nie wchodzi żaden lekarz-dentysta, nie powinna przejść sobie do porządku dziennego, bowiem dalsza droga jest otwarta.

Pewne ścisłości widzimy w odezwie Ściślejszego Komitetu Wykonawczego, podpisanej przez d-ra Eug. Mancewicza i sekretarza lek.-dent. A Mikulskiego, a dotyczącej Sekcji XIII Zjazdu lekarzy i przyrodników p., odbyć się mającego w Wilnie we wrześniu (26 — 29) r. bież.

Odezwa ta (w tekście, p. „Kronika Dentystyczna“ 11 — 12, r. 1928) wzmiankuje o organizowaniu się *Sekcji Stomatologiczno-dentystycznej, jako IV Zjazd Stomatologów i lekarzy-dentystów Polskich.*

Ściślejszy ten Komitet (dr. Mancewicz oraz lek. dentyści Wolański i Mikulski) *słusznie sprawę przedstawiają we właściwem oświetleniu.* Rzecz prosta, musi ona być uregulowana w myśl istotnego stanu rzeczy, nie zaś w sensie

ugodowym pewnych grup tak stomatologów jak i lekarzy-dentystów, którzy niezasłużenie ubierają się w cudze piórka, nie uznając widocznie niezależności.

A, zdaje się, *Zjazdy lekarzy-dentystów* miałyby coś niecoś do powiedzenia niezależnie od współudziału stomatologów. *K.*

IV.

Spryt ma wielki rozpęd.

Ponieważ Rozporządzenie P. Prezydenta o wykonywaniu praktyki dentystycznej w P. Polskiem skasowało pewne tytuły i nazwy pracowni dentystycznych, znaleźli się spryciarze, którzy, ignorując owe Rozporządzenie, imają się dowcipnych sposobów przysparzania sobie praktyki. Sposoby te pod względem pomysłowości zasługują na wzmiankę. Oto przykład:

Instytut Dentystyczny „HUMANITAS“ Słowackiego 4-6 róg Jasnej (przy Moście Teatr.) Tel. 6194. Otwarty od 8—12 i 2—7. Tel. 6194
Udziela wszelkiej pomocy cierpiącym na zęby po cenach najniższych
DLA P. P. URZĘDNIKÓW NA DOGODNYCH WARUNKACH
i mostki Pacjentów z prowincji załatwia się możliwie w jednym dniu. Dla ubogich od godziny 6 do 7 bezpłatnie. Pod kierownictwem dentysty Józefa Maciejewskiego.
TYLKO Słowackiego 4-6. [1])

Tanie, a nawet bezpłatne leczenie zębów!

Dentysta p. Józef Maciejewski, chcąc uprzystępnić szerokiej publiczności tanie leczenie zębów, urządził przy dotychczasowej swojej praktyce dentystycznej przy ul. Słowackiego nr. 4—6 *instytut dentystyczny „Humanitas“*. Zadaniem tego zakładu jest leczenie pacjentów po możliwie niskich cenach. Jednostkom, pozbawionym zupełnie środków materjalnych, udziela pan Maciejewski pomocy bezpłatnie.

Pan Maciejewski znany był już przed wojną w Dreznie nietylko jako pierwszorzędny dentysta, ale także jako Polak-obywatel, nie usuwający się od poświęceń dla dobra sprawy. Poprzednio praktykował p. Maciejewski przez lat dziesięć w Wiedniu, w Tryjeście i w Abazzji, skąd w roku 1901 przybył do Drezna, gdzie się usamodzielnił. Po wojnie światowej wrócił niezwłocznie do Polski, ażeby doświadczenie swe zużytkować w kraju [2]).

Dodajemy: „perły“ te pochodzą z Poznania.

Mamy różnego rodzaju ersatz-instytuty: „instytut piękności“, wycinania nagniotków bez różnicy „umiejscowienia“, „instytut francuskich wyrobów gumowych“ „instytut stręczenia mamek ze zdrowym pokarmem“ i inne... tego rodzaju głośne ze swoich imponujących reklam a, naturalnie, i szyldów. Są również „instytuty dla głuchoniemych i ociemniałych“, dla moralnie zaniedbanych dzieci, dla ubogich starców i kalek niedołężnych. Wreszcie są instytuty *o charakterze naukowym:* epidemjologiczny, aerodynamiczny, chemiczny, radjologiczny, oświaty i kultury, farmaceutyczny (naturalnie, państwowy w Poznaniu). Rzecz prosta, autor powyższych reklam, niewiele robiący sobie z wypracowań Departamentu Służby Zdrowia, wyżej wyszczególnionych głośnych pierwszych *dwóch* kategorji „instytutów“ bynajmniej nie miał na myśli. *Insty-*

[1]) „Dziennik Poznański“ Nr. 247 z dnia 27 października 1927 r. (czwartek).
[2]) „Kurjer Poznański“ Nr. 450 z dnia 3 października 1927 r. (poniedział., wyd. wiecz.).

tut Dentystyczny — ten prawdziwy, widocznie, nie daje mu spać. Wszak to dla łatwowiernych i głuptasków przynęta niebylejaka, pokaźna i imponująca: taki tylko Instytut w stanie jest wyrabiać zęby sztuczne prima-primissimo, naukowo, pod kierownictwem profesorów. A jakże...

Zarazem, jak wzmiankowano, *instytut humanistyczno-techniczno-dentystyczny p. Maciejewskiego* spełnia swoje obowiązki społeczne non plus ultra.

I wszystko, zdaje się, jest w najlepszym porządeczku. Lecz *nasz* zawód (prawdziwy *zawód!)* wie doskonale, dokąd powyższego rodzaju przynęty prowadzą...

Widocznie — nie tędy droga do... uporządkowania sprawy wykonywania praktyki dentystycznej w Państwie Polskiem.

Cóż na to nasi opiekunowie?

Czy powyższe wabiki nie potwierdzają doskonale sentencji dobrze znanego przysłowia ludowego: „Ty mów — a ja zdrów"?... *K.*

Bibljografja.

Dr. Med. Häpl K. Doc. dent. Instytut Dent., Oslo i Dr. Med. Lang Fr. Prof. anatomji patol., Innsbruck. DIE MARGINALE PARADENTITIS. Ihre Pathologie, Aetiologie, Klinik, Therapie und Prophylaxie mit besonderer Berücksichtigung ihter fortgeschrittenen und tiefen Formen (der sog. Alveolarpyorrhoe) und mit Bemerkungen zur Entwickelung der Anatomie und Physiologie des Zahnstützapparates (Paradentium) und zu den An- und Abbauvorgängen. Berlin, Verlag Hermann Meusser 1927. Mkn. 39.50.

Trzeba przyznać, iż wydawnictwa niemieckich dzieł naukowych w dziedzinie zębolecznictwa obecnie zajmują przodujące miejsce. Pod względem naukowym i bogactwa tematów o nader ciekawej treści prace te stale wysuwają się na czoło wszelkich prac w dziedzinie naszej specjalności.

W czasopismach dentystycznych, ostatnio zwłaszcza, spotykamy prace o wysokim poziomie naukowym i dotyczące schorzeń przyzębia, lecz nie tworzą one tej jednolitości, jaką posiadać może obszerne dzieło, uprzystępniające czytelnikowi wszechstrnne przestudjowanie danego tematu.

Praca autora oparta jest na badaniach anatomo-patologicznych (uniw. w Innsbruck) i dentystycznych (uniw. w Oslo) na blisko 100 zwłokach w wieku od l. 2 do 8. Autorzy starali się rozwiązać zagadnienie, które zwłaszcza ostatnio stało się aktualnem.

Na wstępie omówiono rozwój zęba, jego wyrzynanie się i anatomję drobnowidzową przyzębia (paradentium). Widzimy tu prześliczne wykonane preparaty histologiczne woreczka zębowego, przekroju położenia zębów u człowieka i zwierząt, paradentium, przekroju poprzecznego wyrostka zębodołowego, miękkich tkanek paradentalnych (nabłonek i woreczki dziąsłowe), oszkliwia (cuticula dentis), kostniwa zęba (subst. ossea dentis) i ozębnej, unaczynienie i unerwienie paradentium.

Dalej omówiono własności fizyczne tkanek paradentalnych i znaczenie odbudowy tychże pod względem czynnościowym, ruchy zębów w warunkach wymagań czynnościowych, jak również znaczenia ruchów stawu żuchwowego dla zębów.

Mówiąc o budowie kości, autorzy szczegółowo zatrzymują się: nad różnemi postaciami tejże (normalnemi i nieprawidłowemi), uwzględniając badania poważnych autorów, jak również metody badania, nad odbudową kości (wszystkie okresy), jej zanikiem i zboczeniami w odżywianiu (dystrophia), uwzględniając wyrostek zębodołowy i rolę tych zjawisk w patogenezie ropocieku zębodołowego.

Specjalna patologja przyzębia (paradentium) zajmuje poważny dział, który poświęcony jest różnym zjawiskom zapalnym, ich pochodzeniu i wpływom na przyzębne (paradentalne) tkanki miękkie. Omówione są zmiany histopatologiczne powierzchownych części paradentium: nabłonka (jego zmiany i rozwój), kieszonki dziąsłowe, błonki nabłonkowo-szkliste (epithelhyalinmembran, epithel-cuticula, hyalinmembran), tkanki podnabłonkowe (subepitheliale) i nadzębodołowe (supraalveolare), zmiany wierzchniej części wyrostka zębodołowego i w jamach szpikowych wyrostka zębodołowego w przebiegu paradentitis marginalis, rozpoznanie różniczkowe w stosunku do rozrzedzającego kości zapalenia (ostitis rareficiens) i do form zanikowych w przebiegu paradentitis, zmiany w kostniwie zęba i bocznych ścianach zębodołów, jak również w przegrodach zębów wielokorzeniowych, zmiany w tkance ozębnowej (przerosty, zapalenia), w miazdze zębowej przy obrzeżnem zapaleniu przyzębia (paradentitis marginalis), odchylanie się zębów w przebiegu tegoż ostatniego. Wyniki badań drobnowidzowych zamykają ten pod względem naukowym nader wyczerpująco opracowany dział.

W dziale o etjologji (paradentitis marginalis) autorzy omawiają czynniki wywołujące owe schorzenie (miejscowe, ogólno-ustrojowe, połączenie jednych i drugich). Sprawy te przedstawiają oni w nowem oświetleniu na mocy własnych badań. Ropociek zębodołowy stanowi jedną tylko postać paradentitis marginalis o przewadze wysiękowej. Czynniki wywołujące parad. marg. — toksyczne, termiczne, mechaniczne i zakaźne — występują pojedynczo lub razem; wpływy ogólno-ustrojowe i różne choroby zakaźne obniżają odporność organizmu — zjawisko, które powinno być brane pod uwagę. Omówiono tu szczegółowo: ustawienie zębów, nienormalne zwarcie, sięgające dziąsła, próchnica zębów, zniszczenie brodawek dziąsłowych, nieprawidłowe wypełnienia ubytków, wadliwe pierścienie koron (wytwarzające sztuczne kieszonki dziąsłowe), wadliwa forma koron, nieprawidłowe obciążenie filarów mostkowych, dostawki ruchome, haczyki, kamień nazębny, konsystencja pokarmów, czynniki o charakterze urazowym, powodujące powierzch. i głębsze paradentitis. Obok tych wpływów miejscowych pewną rolę grają zmiany w tkankach ozębnej (histocytosis i mesenchyma); pod wpływem spraw ogólnie zanikowych, starczych i chorobliwych, przedewszystkiem występują pewne zmiany w odżywianiu (upośledzona sprawność czynnościowa): może tu być stwierdzone do pewnego stopnia schorzenia o ogólnym charakterze (przemiana materji jak awitaminoza, diabettus mellitus i inne); niedokwaśność krwi (hypaciditas) w następstwie potraw jarskich powoduje ropociek zębodołowy (Golaz); spostrzeżenia Youngera (Egipt), Ladasa (Hiszpanja) i Buchanana (Indje) stwierdziły znaczne zmiany zapalne dziąseł u ludzi, spożywających pokarmy jarskie.

Co się tyczy zależności tych zmian od stanu niechlujnego j. ustnej, to pożądane są dalsze spostrzeżenia, w każdymbądź razie stan taki ma pewien wpływ ujemny.

Mechaniczne przyczyny zapalne paradentitów grają ważną rolę, większą jeszcze — chemiczno-toksyczne (fermentacja i gnicie resztek pokarmowych na brzegach dziąseł, strącenie nabłonka, ptomainy i inne produkty gnicia, sztucznie nagromadzone materje chemiczne, jak arszenik, kw. karbolowy, formalina, dalej upływ mają drobnoustroje, ich toksyny i endotoksyny (saprofity, różne bakterje chorobotwórcze). Autorzy zatrzymują się tu nad bakterjologją zapalną dziąseł i ropocieku zębodołowego, ustaloną przez różnych badaczy, dodając wyniki własnych badań zawartości kieszonek dziąsłowych.

Następny dział obejmuje klinikę i djagnostykę paradentitis marginalis (superficialis et profunda), w którym omówiono obrazy kliniczne i rentgenologiczne schorzenia.

W dziale o postępowaniu i profilaktyce paradentitis marginalis omówiono szczegółowo sposoby leczenia stosownie do rodzaju i stanu procesu (zachowawczego i radykalnego): usunięcie przyczyny (złogów, wadliwych plomb, koron, haczyków, dostawek, dalej skrobanie kieszonek (couretage), stosowanie leków — 60% kw. mleczny (Younger), kwasów mineralnych i organicznych; szersze zastosowanie ma ammonium bifluorid t. zw. Tartar Solvent cz. „Tartasol" (Head), „Lithosolvent" (Sachs); rozczyn azotanu srebra, chlorek cynku, chlorfenol, nadtlenek wodoru (H_2O_2) i in., używane przy gingivitis, działają tu żrąco na ziarninę, znajdującą się w głębi kieszonek, niszcząc ją przy dłuższem stosowaniu; salvarsan, rozczyn Elandera (chininum, antipyrinum i aq. destilata), roztwór Pregla (presojod), wprowadzany do kieszonek, dalej gingivoectomie, masaż dziąsła (przyrząd „Amos" — Kohlensäureatomiseur, aparat wibracyjny do masażu Kiefera — „Primus", „Alveolator" Biehla i inne, d'Arsonvalisatio, naświetlanie promieniami Roentgena i lampą krzemową; dalej radykalna operacja chirurgiczna p/g. różnych metod, usunięcie zębów, umocowanie rozchwianych zębów (różne sposoby), ogólne leczenie; wreszcie profilaktyka, szczotki, płukania, narzędzia do zdejmowania kamienia nazębnego i czyszczenia zębów.

Umieszczone w końcu obszerne piśmiennictwo obejmuje 312 prac w różnych językach.

Dzieło autorów ze względu na opracowanie należy do szeregu najpoważniejszych prac naukowych; uwzględnia ono najnowsze badania histo-patologiczne i spostrzeżenia kliniczne i rzuca wiele światła na sprawy, które dotychczas chaotycznie były komentowane. W poważnej tej pracy znajdzie wiele ciekawego materjału nietylko badacz-teoretyk, lecz również praktyk, gdyż rozwikła ona wiele problematów, utrudniających poniekąd postępowanie terapeutyczne przy różnego rodzaju schorzeniach przyzębia. Dołączone rysunki, ilustrujące drobnowidzowe preparaty histologiczne, histopatologiczne, anatomiczne, zdjęcia rentgenologiczne i t. d., nadzwyczaj subtelnie wykonane, uprzystępniają studjowanie pracy.

Książka napisana jest dostępnym językiem, czyta się więc ją łatwo. Pod względem technicznym stanowi ona wydanie luksusowe (papier kredowy). Rysunki barwne zwłaszcza wykonane są prześlicznie (znaczne powiększenie preparatów drobnowidzowych).

Dla pragnącego uzupełnić lub skontrolować swoją wiedzą specjalisty dentystycznego nowe dzieło stanowi poważne źródło. To też winno ono się znajdować nawet w skromnej bibljotece lekarza-dentysty, nie mówiąc o bibljotekach zrzeszeniowych. *K.*

Odezwy.

I.

ZWIĄZEK STOMATOLOGÓW LWOWSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ.

Dla przestrogi przed urządzeniem kursów dla techników dentystycznych, mających poddać się egzaminom na „uprawnionych techników dentystycznych“, uchwala Komisja, wybrana do tego na zebraniu, odbytem dnia 18 grudnia 1928 r., że zakres wiadomości, wymagany w szczegółowym programie egzaminów dla techników dentystycznych, jest tak olbrzymi, że podejmowanie się wyuczenia tegoż ludzi nieprzygotowanych w dorywczych kilkutygodniowych kursach sprzeczne jest z normami etyki zawodowej, lekarzy obowiązującemi.

Dlategoteż wydział Związku ostrzega Kolegów przed organizowaniem takich kursów. Koledzy, członkowie Związku, którzyby, pomimo tego ostrzeżenia, podjęli się organizowania kursów lub współdziałali w takich kursach, narażą się na statutowo przewidziane konsekwencje, a niečłonkowie Związku zostaną przez Wydział podani do Izby Lekarskiej i mogą się narazić na postępowanie dyscyplinarne.

Lwów, dnia 24.12.1928 r.

Za Wydział: Prezes (—) *Dr. A. Allerhand*
Sekretarz (—) *Dr. Z. Stobiecki*

II.

ODEZWA.

Zakład Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego przystąpił do sporządzenia i wydania „Polskiej Bibljografji Higjenicznej“ od roku 1890 do chwili obecnej. Wobec tego uprasza się wszystkich autorów prac i publikacji w najszerszym zakresie higjeny łącznie z epidemjologją, o łaskawe nadesłanie do Zakładu Higjeny Uniwersytetu Jagiellońskiego (Kraków, ul. Lubicz 42) dokładnych tytułów wymienionych prac ze wskazaniem miejsca i czasu wydania. Zwłaszcza chodzi o prace, które nie były zamieszczone w rozpowszechnionych czasopismach.

(—) *Prof. Dr. Witold Gądzikiewicz*

Kongresy.

V KONGRES MIĘDZYNARODOWY MEDYCYNY I FARMACJI WOJSKOWEJ W LONDYNIE 1929 ROKU.

V Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej odbędzie się w Londynie w dniach od 6 do 11 maja 1929 roku. Rząd Polski otrzymał w drodze dyplomatycznej zaproszenie od Rządu Wielkiej Brytanji do wzięcia udziału w Kongresie. Ze strony Ministerstwa Spraw Wojskowych będą wysłani delegaci oficjalni oraz zarazem oficerowie Korpusu Sanitarnego służby czynnej

i rezerwy wezwani się do wzięcia udziału w Kongresie i do współpracy na tematy, podane na porządek obrad Kongresu.

Tematy, podane na V Kongres są następujące:

1) Ewakuacja rannych i chorych drogą powietrzną i wodną (ref. W. Brytanja i Francja).

2) Krótkotrwałe gorączki podzwrotnikowe (ref. W. Brytanja i Niderlandy),

3) Uszkodzenia naczyń krwionośnych i ich następstwa (ref. W. Brytanja i Belgja).

4) Fizyczna i chemiczna analiza szkła i przedmiotów gumowych, używanych w służbie zdrowia (ref. W. Brytanja i Hiszpanja).

5) Normy uzębienia i zdolności fizycznej w różnych rodzajach służby wojskowej (ref. W. Brytanja i Kuba).

Każde państwo ma prawo przedstawić tylko jeden referat na każdy temat, który może być przygotowany przez kilku współpracowników. Treść przedstawionych referatów winna się ograniczyć do rzeczy bezwzględnie koniecznych; nie mogą przekraczać 50 stron druku po 50 wierszy każda, bez względu na ilość współpracowników. Referaty mogą być przedstawione w językach: angielskim, francuskim, włoskim i hiszpańskim i winny być zakończone szeregiem wniosków, ne przeszkadzających 2-ch stron druku.

Wnioski winny być przetłumaczone na wszystkie cztery języki przez państwo przedstawiające referat.

Czas, przeznaczony na odczytanie referatów na Kongresie, nie może przekraczać 20 minut dla każdego państwa. Tytuły i streszczenia komunikatów winny być podane Sekretarzowi Kongresu na dzień 1 marca 1929 r. Dopuszczalne są demonstracje obrazów zapomocą latarni projekcyjnej o czem jednak winno się uprzedzić Sekretarza przy przedstawieniu referatu lub komunikatu.

Przy Kongresie będzie zorganizowana Wystawa ekwipunków służby zdrowia oraz leków, opatrunków, narzędzi chirurgicznych i przyrządów.

Przewidywane jest zwiedzanie morskich, lądowych i powietrznych stacji. Po Kongresie zorganizawane będą dodatkowe wycieczki do miejsc ciekawych w grupach.

Zorganizował się Komitet Pań w celu towarzyszenia żonom i córkom kongresistów.

Do wzięcia udziału w Kongresie zaproszeni są wszyscy oficerowie lekarze, dentyści i farmaceuci czynnej służby, rezerwy i stanu spoczynku wojsk wszystkich państw, należących do Ligi Narodów. Opłata członkowska wynosi: 10 szylingów dla panów, 7 szylingów i 6 pensów dla pań. Uniform jest dopuszczalny. Do noszenia uniformu upoważnieni są wszyscy oficerowie cudzoziemscy oraz oficerowie organizacji współpracujących przez cały czas trwania kongresu. Uniform jest obowiązkowy na posiedzeniu inauguracyjnem i na wszystkich oficjalnych przyjęciach.

Towarzystwa Kolejowe Wielkiej Brytanji, Północnej Irlandji i Wolnego Państwa Irlandzkiego (z wyjątkiem metropolitalnych, okręgu metropolitalnego i londyńskich kolei elektrycznych) zgodziły się na sprzedaż biletów I-ej i II-ej klasy, ważnych od 4-go do 13-go maja 1929 r. po 1,⅓ zwykłej ceny przejazdu pojedynczego za przejazd w obie strony.

Dla delegatów i czołnków zagranicznych ulgowe bilety kolejowe ważne będą od dnia 22-go kwietnia do dnia 27-go maja 1929 r. Komitet organizacyjny stara się przygotować odpowiednie pomieszczenie dla zagranicznych członków Kongresu.

Na zasadzie i w myśl podanych powyżej uwag, dostarczonych w programach Kongresu, nadesłanych drogą oficjalną, I Wiceminister Spr. Wojsk. gen. dyw. D. Konarzewski zarządził co następuje:

1) Prace nad fachowem przygotowaniem komunikatów na Kongres oraz zabieraniem głosu na tematy, podane na V Kongres, centralizować i koordynować będzie P. Szef Departamentu Zdrowia, gen. bryg. dr. Rouppert.

2) Oficerowie korpusu sanitarnego służby czynnej i rezerwy proszeni są do opracowania krótkich komunikatów na tematy, podane na Kongres.

3) Zezwolone jest Panom Dowódcom Okręgów Korpusowych na udzielanie okolicznościowych urlopów oficerom Korpusu Sanitarnego od dnia 1-go maja do dnia 15 maja włącznie 1929 r., którzy zglosili swe uczestnictwo w Kongresie.

4) Szefostwa Intendentury uprawnione są do wydawania uczestnikom Kongresu biletów kredytowych na koszt M. S. Wojsk. do przejazdu z miejsca służbowego do granic państwa i z powrotem, z ważnością dokumentów podróży w czasie wyżej podanym.

5) Zgłoszenia na uczestnictwo w Kongresie winny być przez oficerów korp. sanit. nadesłane na przepisanych formularzach, z opinją Szefów Sanitarnych, co do możności wyjazdu danego oficera, na ręce ppłk. dr. Zaklińskiego (Del. Rządu dla spraw P. C. K., Warszawa, ul. Smolna 6), który jako czasowy członek Komitetu Stałego Kongresów pracować będzie za wskazówkami Szefa Departamentu Zdrowia nad należytem przeprowadzeniem zgłoszeń i zorganizowaniem wyjazdu delegatów oficjalnych i uczestników Kongresu do Londynu.

Opracowane komunikaty na tematy Zjazdu winny być nadesłane na ręce ppłk. dr. B. Zaklińskiego do dnia 20 lutego 1929 r.

P. S. Temat, wym. pod *nr. 5*, dotyczący uzębienia, wysunięty został przez kpt. lek.-dent. Karnibada T. na poprzednim Kongresie Medycyny i Farmacji Wojsk., odbytym w Warszawie w r. 1927 od 30 maja do 4 czerwca.

Ś. P. IDZI ŚWITAŁA

Dentystyka polska i społeczeństwo nasze poniosło ciężką stratę. Dnia 8 grudnia r. 1928 w Bydgoszczy po dłuższych cierpieniach, wywołanych nieuleczalną chorobą raka nerek zmarł *lekarz-dentysta Idzi Świtała*, przeżywszy lat 52.

Niespodziewana śmierć poczyniła poważną szczerbę w kołach wybitnych działaczy społecznych w b. Zaborze Pruskim jak również znaczną lukę w szeregach przedstawicieli dentystyki polskiej. Tak nieoczekiwana śmierć człowie-

ka, który bynajmniej nie wyczerpał do dna swej energji i chęci do pracy dla dobra społecznego i zawodu, wstrząsające wywarła wrażenie.

Zdrowy, czerstwy wygląd, świeży umysł oraz niezwykły zapał do pracy, jaki jeszcze stosunkowo niedawno wykazywał ś. p. Świtała, przemawiały za tem, iż długo jeszcze podziwiać i cenić będziemy Jego działalność we wszystkich jej przejawach.

Urodzony w Topoli (pow. Odolanowski) tamże wychowywał się, ukończył gimnazjum w Ostrowiu Wielkopolskim, a następnie Wyższą Szkołę Handlową w Lipsku. Zaangażowany politycznie już w latach młodzieńczych i posłując do Sejmu Pruskiego, pragnął poświęcić się studjom dentystycznym, uda-



jąc się w tym celu do Berlina. Jako rzecznika polskich spraw politycznych uniwersytet Berliński nie chciał Go zaliczyć w poczet studentów Instytutu Dentystycznego. Zmuszony więc był udać się do Lipska, gdzie ukończył tamtejszy Instytut Dentystyczny uniwersytetu Lipskiego, otrzymawszy dyplom na stopień lekarza-dentysty. W tej poważnej uczelni pod kierunkiem wytrawnych profesorów miał On możność osiągania głębokiej wiedzy oraz umiłowania obranego zawodu, pracując czy to w klinikach specjalnych, czy też pracowniach uniwersyteckich.

Sumienną pracą Zmarły zjednał sobie szerokie uznanie i dosyć poważną praktykę; nie szukał ani protekcji silnych, ani poparcia możnych, wszystko zawdzięczając samemu sobie i swojej energji życiowej.

Ś. p. Świtała, żyjąc w okresie rozbudzonego życia społecznego w b. Zaborze Pruskim, żywo odczuwał znaczenie ogólnych dążności do samoistnego

bytu narodu polskiego. Tej pracy społecznej ze szkodą materjalną dla siebie nie szczędził ani czasu, ani sił w pracy. Wszędzie umiłował On gorące pragnienie szerzenia i podnoszenia coraz wyżej ducha polskiego, wszędzie, w ciężkich warunkach politycznych, we wszystkich sferach społeczeństwa. Był On typem obywatela-społecznika w najszerszem i najszlachetniejszem tego wyrazu znaczeniu, patrjotą z głębokiego przekonania i z tej serdecznej miłości, którą mógł ogarnąć wszelkie sprawy społeczne. Poczucie tych obowiązków Zmarły miał głęboko wryte w serce i ostatnio, pomimo różnych spraw zawodowych, wszystkie wolne chwile poświęcał nadal sprawom społecznym.

Plon Jego pracy społecznej był bardzo obfity.

Za czasów zaborczych, pragnąc budzić ducha odporu w narodzie polskim, przez szereg lat był redaktorem poczytnego pisma „Praca“, następnie pisywał w „Gazecie Polskiej“ i w „Gazecie Grudziądzkiej“. Był posłem do Sejmu Pruskiego i członkiem Parlamentu Rzeszy Niemieckiej.

Z chwilą odrodzenia Polski daje swoją nieustanną pracę dziełu zmontowania skarbowości b. Dzielnicy Pruskiej, obejmując stanowisko naczelnika Wydziału Skarbowego Ministerjum b. Dzielnicy Pruskiej. Jako honorowy radca miejski, w najtrudniejszych warunkach stał zawsze na straży polskości, spełniając te obowiązki gorliwie i poświęcając siły swe dla dobra i rozwoju miasta Bydgoszczy. Dalej był prezesem „Związku Obrony Kresów Zachodnich“ i „Komitetu wychowania fizycznego oraz Przysposobienia Wojskowego“. Ostatni postęp pracy w obu tych instytucjach zawdzięcza w największej mierze Jego energicznemu ujęciu całokształtu prac. Jako jeden z najgorliwszych członków „Klubu Polskiego“ w Bydgoszczy, przez szereg lat brał czynny udział w pracach zarządu, służąc przykładem wielkich zalet towarzyskich i cnót obywatelskich. Jako wielki miłośnik muzyki, pracował wiele dla dobra Towarzystwa Muzycznego w Bydgoszczy i był pierwszym prezesem tegoż. Jednocześnie zajmuje stanowisko honorowe decernenta Teatru Miejskiego, dla którego położył wielkie zasługi, celem podniesienia poziomu artystycznego tegoż. Będąc prawdziwym przyjacielem młodzieży wojskowej i armji przez pewien czas zajmował stanowisko prezesa „Towarzystwa Przyjaciół Szkoły Podchorążych“ w Bydgoszczy.

Ze śmiercią ś. p. Świtały schodzi do grobu jeden z najdzielniejszych szermierzy dla sprawy polskiej w b. Zaborze Pruskim, osobistość, która w ciężkich dla siebie warunkach materjalnych poświęcając swoją pracę zawodową, wielki wpływ wywierała nietylko na życie publiczne w tej dzielnicy Polski, lecz i na ukształtowanie się myśli politycznej w tamtejszem społeczeństwie. Za wierną swoją pracę dla sprawy polskiej cierpiał w więzieniu pruskiem. Można śmiało powiedzieć, iż Jego niestrudzonej pracy i niepożytej energji szersze warstwy demokracji polskiej zawdzięczają swoje uświadomienie polityczne i dzisiejsze swoje polityczne znaczenie. Rzecz prosta, demokratyzacja społeczeństwa w ciężkich warunkach politycznych nie dokonała się bez walki, w tej to właśnie walce Zmarły nader czynny brał udział, prowadząc ją nieustannie i nie przebierając niekiedy w środkach bezwzględnością, która to w tego rodzaju zapasach stanowi jeden z głównych warunków powodzenia. To też zupełnie zasłużenie, gdy ostatecznie doczekał się zwycięstwa nad żywiołami zachowawczemi, gdy ze Zmartwychwstaniem Państwa demokratyzacja społeczeństwa nabrała ostatecznie cech realnych, Zmarły zasłynął jako wybitny

kierownik opinji i życia politycznego w Poznańskiem, unikający zawsze fantastycznych planów i wszelkiej akcji bez realnego pożytku dla społeczeństwa.

Pracując wytrwale za czasów niemieckich dla dobra społecznego, Zmarły nie był w możności poświęcić wiele pracy naszym sprawom zawodowym.

Z chwilą odzyskania Niepodległości Państwa ś. p. Świtała, dbały o dobro naszego zawodu, staje do spotęgowanej pracy, nie szczędząc ani trudu, ani czasu, pragnąc, aby z dobrodziejstw Odrodzonej Ojczyzny korzystał również zawód, który niemałą w życiu społecznem winien odegrać rolę. Widzimy Go więc, jako prezesa Związku lekarzy-dentystów najpierw w Bydgoszczy, następnie na cały b. Zabór Pruski. Jednoczy On przedstawicieli wszystkich istniejących w Polsce Związków lekarsko-dentystycznych i powołuje do życia Radę Centralną Związku, stając na czele tej instytucji, jako prezes. Bierze czynny udział w pracach, związanych z pewnemi reorganizacjami spraw naszego zawodu. Wiele wytężonej pracy między innemi poświęcał ustawie o wykonywaniu praktyki dentystycznej w P. Polskiem. Wiemy doskonale, jakie niezwykłe przeszkody i uprzedzenia należało tu zwalczać. Niezmiernie dodatni w pracy społecznej rys charakteru — tolerancję bezwzględną — widzimy właśnie w wystąpieniach ś. p. Świtały w instytucjach zawodowych, jak również w stosunku do tych zarozumialców, narzucających swoją osobę wszędzie, gdzie się da, nie przebierając w środkach, w celu podtrzymywania swej niezasłużowej powagi. Aczkolwiek, jak nam wyznał, z tego powodu miewał przykrości na gruncie niekulturalnego postępowania graniczącego z prostactwem rzekomych wodzirejów, unikał jednak zatargów wyłącznie dla dobra sprawy, wiedząc doskonale, iż z wszelkiem karjerowiczowstwem walczyć można tylko godnie w granicach pewnych wymagań kulturalnych.

Pożądany wszędzie dzięki swemu taktowi, spokojowi, rozwadze i wytrawnemu sądowi, ś. p. Świtała nigdy nie odmawiał udziału, gdy chodziło o dobro zawodu, czy to interwenjując w instytucjach państwowych, sejmowych lub innych, gdzie głos powagi był konieczny, nie szukając różnych okólnych dróg, których, jako rzetelny społecznik, zawsze się brzydził.

Poważany w sferach poselskich Sejmu, jako wytrawny parlamentarzysta, miał pewien wpływ na rozstrzygnięcie tej lub innej naszej sprawy. A gdy, pomimo to nieraz nastąpiło niepomyślne dla nas rozwiązanie sprawy, należało to przypisać różnym okolicznościom, od Sejmu niezależnym; zdarzały się pewne przeoczenia i rozwiązanie spraw nie w myśl życzeń ogółu zawodowców.

Całokształt zasług ś. p. kol. Świtały jest zbyt wielki, nie da się więc zamknąć w ramki niniejszego wspomnienia pozgonnego. Pamięć o Nim wśród nas i społeczeństwa polskiego przetrwa długo, bowiem swojemi czynami, opartemi na własnej pracy i rozumieniu twardych warunków naszego życia społecznego wzbił się na wyżyny i wżłobił się w historję narodu polskiego i naszego zawodu.

Dziś, gdy słyszymy wyrazy szczerego żalu, iż jedna z przodowniczych osobistości byt doczesny zakończyła, jednostka, którą nasz zawód się szczycił, staje przed nami piękny rys obywatela, który ideałom swoim przez całe życie był wierny i jako szermierz społeczny nieustannie walczył na gruncie dobra ogólnego.

Żal ten dla nas, zawodowców, tem jest większy, że właśnie w chwili obecnej, tak dla nas ważnej, ubył z naszych szeregów tak nieprzeciętna jed-

nostka, w której działalności nie było cienia dążeń osobistych, niestety, u wielu naszych działaczy tak jaskrawo uwydatniających się.

Zmarł przedwcześnie. Odblask Jego ożywiać i zagrzewać będzie nas do dalszej podniosłej pracy na niwie społecznej i zawodowej.

Cześć Jego zacnej pamięci! *Kr.*

***

„Gazeta Bydgoska" z dnia 11-go grudnia r. 1928 podaje, iż ś. p. Idzi Świtała zostawił żonę i troje drobnych dzieci bez żadnego zaopatrzenia na przyszłość. Pismo proponuje utworzenie Rady Społecznej Opiekuńczej nad rodziną ś. p. Zmarłego. Pracą swoją zasłużył chyba na to.

RAFAŁ LITWIN

Śmierć coraz potężniejsze czyni wyłomy w szeregach przedstawicieli naszego zawodu. Zasłużeni koledzy jeden za drugim wcześnie schodzą do grobu.

Gdy dopiero co podaliśmy wspomnienie pozgonne zasłużonego kolegi ś. p. Świtały, a już znowu wypada nam podzielić się z kolegami wiadomością o świeżym zgonie jednego z najpoważniejszych kolegów.

Oto dnia 12 grudnia r. 1928 w Łodzi naskutek raka trzustki i wątroby zmarł *lekarz-dentysta Rafał Litwin.*

Urodzony dnia 6 grudnia r. 1872 w Wilnie, lata dziecięce spędzał w Nowogródku, gdzie też otrzymał średnie wykształcenie. W l. 1890 — 91 studjował dentystykę w I-ej Szkole lekarsko-dentystycznej Loevi'ego w Warszawie i w r. 1894 otrzymał stopień dentysty na uniwersytecie w Charkowie, zaś w r. 1907 po złożeniu wymaganego egzaminu, uzyskał stopień lekarza-dentysty. Rozpocząwszy praktykę prywatną w Wilnie, zmuszony był następnie z przyczyn politycznych wywędrować z tego miasta, praktykując w różnych miejscowościach Cesarstwa, przenosząc się z miasta do miasta jako ofiara carskiego regime'u. Praktykował więc pewien czas na Uralu, w Saratowie, Orenburgu, następnie z zezwolenia władz centralnych przeniósł się do Królestwa, osiadłszy najpierw w Płocku, następnie w r. 1895 przeniósł się do Łodzi, gdzie praktykował do końca życia. W mieście tem odrazu zasłynął jako sumienny i wytrawny praktyk, zyskując nader rozgałęzioną praktykę. Nie był to typowy praktyk-kupiec, który, jak wiadomo, ma jedyny cel: dawać jaknajmniej i brać jaknajwięcej. Aczkolwiek w bogatem tem mieście przed Nim, jako przed specjalistą sumiennym i kompetentnym tak pod względem praktycznym jak i naukowym otwierała się obiecująca karjera, nie szukał jednak rozgłosu ani terenów do pozyskania stosunków, jak to nieraz wzmiankował, tylko mizerotkom potrzebnych. Był lekarzem, powiedzmy, z Bożej łaski. W licznych rzeszach swoich pacjentów z różnych sfer ludności umiał On wzbudzić bezwzględne zaufanie. Nie przeceniał nigdy swej pracy, był aż nadto wyrozumiałym, chętnie często udzielając bezinteresownej pomocy dentystycznej. Łatwość orjentowania się, spostrzegawczość, umiejętność wypowiadania wniosków, wielka drobiazgowość rozpatrywania objawów w przypadkach szczególnie zawikłanych różnego rodzaju schorzeń, ścisłość i ostrożność w wysnuwaniu wnio-

sków, serdeczny stosunek do chorego — oto cechy, dzięki którym był przykładem godnym naśladowania wśród kolegów.

Zaznaczyć należy, iż ze szczególnem zamiłowaniem uprawiał również dentystykę techniczną i pod względem znajomości rzeczy zajmował wybitne miejsce wśród kolegów-praktyków. Wiedział, iż bez techniki niema dentystyki, jako specjalności; rozumiał to doskonale i był jednym z tych, który ważne te podstawy w swoich wystąpieniach starał się ugruntować, aczkolwiek nie było to i nie jest łatwe, gdy weźmiemy pod uwagę szczególnie wadliwość szkolenia w dziedzinie zajęć technicznych.



Niezależnie od praktyki zawodowej Zmarły oddał się z zapałem sprawom zawodowym i społecznym, związanym z naszym zawodem. O tem niezwykłem zainteresowaniu kol. Litwina najwymowniej świadczy spora liczba prac, referatów, dotyczących wszelkich dziedzin naszego życia zawodowego, wydrukowanych w czasopismach zawodowych, bądź wygłoszonych na zjazdach dentystycznych, lub na zebraniach w zrzeszeniach zawodowych, czy też społecznych.

Tak jak muzykiem, artystą lub poetą trzeba się urodzić, tak również popęd, usposobienie i uzdolnienie do pracy społecznej musi umysł posiadać już w swej organizacji. Kol. Litwin właśnie miał w sobie tę wrodzoną iskierkę, która już od lat wczesnych tliła w Nim, w ciężkich nieraz warunkach wybuchając w obronie spraw, dotyczących życia społecznego. Był to płomień miłości do wszystkiego, co brane być mogło pod uwagę w pojęciu ogólnoludzkiem.

Aczkolwiek w swej wieloletniej owocnej pracy zawodowej i społecznej zbierał w odpowiednich środowiskach zasłużone wawrzyny, nie uchroniły Go jednak one, jak to u nas często bywa, od owych zgrzytów w gronie tych słabych jednostek, które nie mogły sięgnąć Jego wyżyn duchowych. Wybryki ludzi, stanowiących nader małostkowe typy o odrębnych pojęciach kulturalnych, znosił mężnie, nie upadając bynajmniej na duchu, jak przystało na filozofa i człowieka szlachetnego.

Jako czynnego działacza w naszem życiu zawodowem widzimy Go wśród założycieli Towarzystwa Odontologicznego w Łodzi, którego był jednym z filarów, czy to jako przewodniczący, czy też członek zarządu, gdzie rozwinął bardzo energiczną pracę w zakresie organizacji i rozwoju działalności tej placówki pracy zawodowej; wszystkie te czynności, jak wiemy, wymagały wiele energji i poświęcenia. Rzetelna była następnie Jego praca w przeprowadzeniu organizacji Związku lekarzy - dentystów, którego kolejno dwukrotnie był prezesem. Każda poważniejsza inicjatywa znajdowała w Zmarłym szczerego rzecznika. Za Jego prezesury powstała myśl utworzenia „Funduszu pośmiertnego". Szczęśliwie zaprojektowana instytucja, tak niezbędna w życiu naszego zawodu, gdy została urzeczywistniona, rozwijała się szybkim krokiem, a tej energji działania odpowiadała i energja prezesa na czele. Twierdzą słusznie, iż był On duszą tej instytucji. Chlubnie kierując sprawami stosunkowo licznego zrzeszenia o różnorodnym składzie, chlubnie też zapisał swe Imię w dziejach tej instytucji.

Będąc społecznikiem „z duszy i serca", rozumiał potrzebę kojarzenia celów swej specjalności zawodowej z potrzebami społeczeństwa naszego; ten stosunek cenił On bardzo i rozumiał potrzebę oraz znaczenie tego ścisłego kontaktu dla społeczeństwa, które nie chce pozostać w tyle w ogólnym postępie ludzkości. Redaguje więc, wysyła do różnych instytucji i urzędów memorjały w sprawie organizacji racjonalnej pomocy dentystycznej dla dziatwy szkolnej i ludności niezamożnej, memorjały, napisane wytrawnem piórem, ze znajomością przedmiotu, starając się wpłynąć na różne grupy wsteczników, kierujących się pewnemi uprzedzeniami ze szkodą dla *całego* społeczeństwa polskiego.

Szwankując już ostatnio na zdrowiu, organizuje w Łodzi „Współdzielczą Kasę oszczędnościowo-pożyczkową im. Haberfelda", której zostaje prezesem. Zrozumiał niedolę i nędzę praktyka dentystycznego, którego horoskopy są coraz smutniejsze.

Każde swoje stanowisko kol. Litwin traktował jako zaszczytny obowiązek obywatelski, gorliwie spełniając je, nie szczędząc nic ze swej skarbnicy dobroci i szlachetności.

Niezależnie od swoich prac na różnych stanowiskach w zrzeszeniach zawodowych, Zmarły interesował się również życiem ogólno-zawodowem. Bierze więc czynny udział w zjazdach dentystycznych. Między innemi w r. 1905 był delegatem Łódzkiego T-wa Odontologicznego na IV Zjeździe Dentystycznym w Petersburgu. Na tych zjazdach wykazywał On swoją potężną indywidualność, obejmując szerokie horyzonty i intuicyjnie dochodząc do wniosków przekonywających.

Zmarły kol. Litwin, aczkolwiek urodził się w Wilnie i mimowoli zmuszony był przez pewien czas wędrować po Cesarstwie, czuł się jednak prawdziwym polakiem, ukochał wszystko co polskie, odczuwał dolę i nie-

dolę narodu polskiego i jako człowiek, który zawsze walczył o samodzielność, czem cięższej układały się warunki narodu polskiego, tem silniej przywiązywał się do niego. Ten typ szlachetnego obywatela, Jego życie tętniące dla dobra społecznego zadaje kłam poglądom sfer uprzedzonych, owianych duchem niechęci i szerzących rozterkę, nie czyniąc żadnych różnic i zastrzeżeń, nie wierzących w szczerość uczuć pewnych elementów, nie umiejących jakoby docenić wpływów swego otoczenia.

Do cech szlachetnych Zmarłego zaliczyć należy niezwykłą Jego ofiarność. Pracując ciężko i uczciwie, nikogo nie wyzyskując, niewiele biorąc dla siebie z życia i żyjąc niemal bez potrzeb dla siebie, popierał każdego, kto doń rękę wyciągnął, kto cierpiał, kto szukał wsparcia, pomocy; orędował gdzie się dało, by potrzebującym dopomagać; spełniał tę rolę sumiennie, troskliwie, chętnie, nie szukając ani uznania, ani zaszczytów, jako człowiek prawy, skromny, cichy, o wielkiej dobroci, prostocie i nieskazitelności. Nie ulegając nigdy, nie zszedłszy z normalnej drogi wśród przeciwności, wśród nieraz szarpania sprzecznych dążeń, nie zmienił się, przebył pielgrzymkę życiową zawsze jednaki, zawsze oddany sprawom społeczeństwa i zawodu zdala od wszelkiego samolubstwa, od wszelkiego osobistego interesu.

Odszedł od nas przedwcześnie pracownik zasłużony, który pomimo ciężkiej pracy zawodowej nie spoczął na laurach, a niemal do ostatniego tchnienia stał na stanowisku, biorąc udział tak w naszem życiu korporacyjnem, jak i społecznem. W chwili, gdy obecnie konieczna jest praca wytężona, wspólna dla dobra zawodu, szkoda ta tem jest większa, iż w naszej pstrokaciźnie zawodowej niełatwo o tego rodzaju ludzi.

Czciliśmy Go my wszyscy starsi, którzy bliżej się z Nim stykali, ceniliśmy Go jako indywidualność szlachetną, rozwijającą się w pojedynkę na ściernisku naszej szkodliwej walki wewnętrznej.

Pamięć po zacnym Koledze i prawym obywatelu nieprędko w naszej pamięci zaginie. Człowiek ten dał dowód, iż był człowiekiem. Zawsze był sobą. Najwyższym ideałem, w który wierzył i do którego tęsknił, była miłość powszechna, miłość wszystkich dla wszystkich.

Cześć Jego nieodżałowanej pamięci. *Kr.*

Zmarły kol. Litwin ogłosił sporą liczbę prac z różnych dziedzin naszego zawodu, rozrzuconych po pismach zawodowych i popularnych.

Podajemy niektóre:

„Działanie arszeniku i kobaltu na miazgę zębową“ (Przegl. Dent. Dzierżawskiego, 1905 r.). 2) „Współczesny stan dentystyki w Cesarstwie i Królestwie Polskiem“ (IV Zjazd Odontologiczny, 1905). 3) „Tajemnica lekarska w stosunku do dentystów“. (Kronika Dentyst. 1905). 4) „Cel i zadania higjeny zębów w walce z chorobami zębów wogóle a chorobami zakaźnemi w szczególności“. (P. Dent. 1923). 5) „Walka z masową próchnicą zębów“ (XII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, 1925). 6) „Alkoholizm a próchnica zębów“ (Tamże). 7) „Nasze cele i zadania na przyszłość“ (Wiad. Zw. 5/7 r. 1925). 8) „Nasze bolączki“ (Tamże. 8/10). 9. „Nasza organizacja i wzajemna pomoc koleżeńska. Przymusowe ubezpieczenie jako system walki z dobroczynnością koleżeńską“ (Tamże. r. 1926 — 7/8). 10) „Nasze zamiary i nasze cele“ (Tamże. 1927 — 3). 11) „Nasza solidarność koleżeńska a rzeczywistość“ (Tamże. 1927 — 3).

Wiadomości urzędowe.

W n-rze 97 Dz. Ustaw Rz. P., poz. 864 z r. 1928 ogłoszone zostało rozporządzenie Min. Spraw. Wewn. w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Ośw. Publicznego z dnia 21 listopada 1928 r. w sprawie egzaminu dla techników dentystycznych. Rozporządzenie powyższe podaliśmy w poprzednim zeszycie.

W dalszem wykonaniu § 2 podanego powyżej rozporządzenia Pan Minister Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Panem Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego zarządzeniem z dnia 16 stycznia b. r. mianował Komisję Egzaminacyjną w osobach:

P. Dra. Włodzimierza Głuszkiewicza, radcy ministerjalnego w Zarządzie Centralnym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych — jako przewodniczącego w Komisjach Egzaminacyjnych we Lwowie, Krakowie i Poznaniu.

P. prof. Dra. Hilarego Wilgi, profesora Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie — jako członka — egzaminatora w Komisjach Egzaminacyjnych we Lwowie i Poznaniu.

P. prof. Dra. Wincentego Łepkowskiego, profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie — jako członka-egzaminatora w Komisji Egzaminacyjnej w Krawowie.

P. Dra. Henryka Jankowskiego — lekarza-stomatologa w Warszawie— jako członka-egzaminatora w Komisjach Egzaminacyjnych we Lwowie i Krakowie; p. Mikołaja Chwałkowskiego, lekarza-dentysty, kierownika ambulatorjum Miejskiej Kasy Chorych w Poznaniu — jako członka-egzaminatora w Komisji Egzaminacyjnej w Poznaniu.

Egzamin dla techników dentystycznych we Lwowie odbędzie się w dniu 26 lutego b. r., w Krakowie około 15 marca b. r., w Poznaniu w pierwszych dniach kwietnia b. r.

Zaznaczyć należy, iż jako egzaminatorów wyznaczono osoby, zajmujące stanowiska urządowe. Między nimi, dr. Henryk Jankowski, zajmuje również stanowisko lekarza więziennego w Warszawie.

PROJEKT NOWELI DO ROZPORZĄDZENIA P. PREZYDENTA RZP. P. Z DNIA 10 CZERWCA 1927 R. (DZ. UST. nr. 54, POZ. 476) O WYKONYWANIU PRAKTYKI DENTYSTYCZNEJ W P. POLSKIEM.

Wobec tego, iż Rozporządzenie powyższe obecnie znajduje się jeszcze w Sejmie, do tegoż skierowany został wniosek z d. 15.I.1929 r. przez grupę posłów Związku parlamentu socjalistów polskich w sprawie zmiany powyższego Rozporządzenia. Projekt podpisali posłowie: Ciołkosz, Karpiński, Kuryłowicz, Kaczanowski, Kronig, Kwapiński, dr. M. Czarnecki, Łopacki, Z. Piotrowski, Diamand, Lieberman, Matuszewski, Niedziałkowski, Topineg, Grylowski, Dzięgielewski, Wł. Baranowski, Nosal, Stefańczyk, Janiak, Szczerkowski, Pużak, Zerbe, Pławski, M. Nowicki, Bettman, Pająk, Dubois, Kaźmierczak i Kowalski.

Projekt brzmi:

Art. 1. Ustęp 2 art. 14 Rozporządzenia Prezydenta Rzp. P. z dnia 10 czerwca 1927 r. (Dz. U. Nr. 54, poz. 476) otrzymuje brzmienie następujące:

„Minister Spraw Wewn. wyda nowe pozwolenie tym technikom dentystycznym, którzy w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy posiadają przynajmniej trzy lata nauki, odbytej na obszarze, wymienionym w ustępie 1-ym *art.* niniejszego, po wykazaniu się przez nich odbyciem 7-letniej nauki i praktyki zawodowej na tym obszarze".

Art. 2. Technicy dentystyczni, którzy na zasadzie artykułu pierwszego niniejszej ustawy, uzyskają pozwolenie na samodzielne wykonywanie czynności techniczno-dentystycznych, uprawnieni będą do złożenia specjalnego egzaminu, przewidzianego w art. 17 i 20 Rozporz. Prezydenta Rzp. z dnia 10 czerwca 1927 r. w ciągu jednego roku od uzyskania pozwolenia.

Art. 3. Wykonanie niniejszej ustawy porucza się Min. Spraw Wewn. w porozumieniu z Min. Wyzn. i Ośw. Publi.

Art. 4. Ustawa niniejsza wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Kronika i sprawy zawodowe.

= OSOBISTE. W rocznicę dziesięciolecia niepodległości Państwa Polskiego został odznaczony Krzyżem Komandorskim orderu „Polonia Restituta" dr. Eugenjusz Piestrzyński, dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn.

Jednocześnie Krzyżem Oficerskim orderu „Polonia Restituta" odznaczeni zostali radcowie ministerjalni w tymże Departamencie, dr. Włodzimierz Głuszkiewicz i dr. Jakób Seczyc.

Odznaczony został „Złotym Krzyżem Zasługi" ppułk. lekarz-dentysta Mieszkis, kierownik Ambulatorjum dentystycznego Ofic. Szkoły Sanitarnej (Szpitala Ujazdowskiego) i referent dentystyczny Departam. Sanitarnego Min. Spr. Wojskowych.

= „ZACHĘTA" DO UTWORZENIA SPÓŁDZIELNI. Wobec tego, iż słyszymy jeszcze „zapewniające" głosy tworzenia się spółdzielni koleżeńskiej, pomimo smutnej pamięci poprzednich tego rodzaju instytucji „dobrodziejskich", sądzimy, iż ku uwadze naszych zwolenników o pewnych dążeniach niezbyteczne będzie zastanowić się nad następującą statystyką Wydz. Stat.:

W ciągu dwu i pół lat zlikwidowano 668 spółdzielni. W pierwszem półroczu 1928 wykreślono z rejestru handlowego 62 spółdzielnie, w tem 16 spożywczych, 4 budowlano-mieszkaniowych, 25 kredytowych, 3 rolniczo-handlowych, 6 surowcowo-warsztatowych, 2 jajczarsko-mleczarsko-hodowlanych, i innych przemysłowych, wreszcie 1 księgarsko-wydawniczą. Ponadto 100 spółdzielni przeszło w stan likwidacji.

Naogół w latach 1926 i 1927 oraz w pierwszem półroczu 1928 zlikwidowano na ziemiach polskich 668 spółdzielni, przyczem jako dowody likwidacji podano: połączenie się, brak członków, brak funduszów (straty), przeniesienie siedziby, upadłość, z urzędu, malwersacje i t. d.

Jak wiadomo, są pewne typy ludzi, którzy niczego się nie obawiają; są to „ryzykanci" bardzo pomysłowi, zdolni do tworzenia planów niezliczonych

i to zawsze prawie „w imię dobra sprawy", czy też „dla dobra wspólnego". *Jak* owe „dobro" przeróżnym członkom zlikwidowanych instytucji „dobrodziejskich" wyszło „na dobre", stwierdza poniekąd przytoczona statystyka.

= SPRAWA ABSOLWENTÓW. Wzmiankowaliśmy o absolwentach b. szkół lekarsko-dentystycznych, którzy niedawno złożyli egzaminy w komisji uniwersyteckiej Wszechnicy Warszawskiej na stopień lekarza-dentysty. Wobec tego, iż niektóre osoby z ostatniej grupy, które złożyły egzamin z wynikiem pomyślnym, zwróciły się do odnośnej władzy o wydanie im dyplomów, Wydział wyższego szkolnictwa Min. Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. zarządził sprawdzenie dokładności wszystkich złożonych dokumentów i ich legalności zgodnie z art. 39 Normalnej Ustawy b. szkół lekarsko-dentystycznych z dnia 28 maja 1891 r. (Zbiór praw i rozp. 1891 r. art. 714 i 1891 r. art. 714 i 1890 r. art. 1038), w myśl którego świadectwa ukończenia tych szkół *muszą* być zaświadczone przez odnośny Urząd Lekarski (dawny), uprzednio podpisane przez b. Radę pedagogiczną szkoły; prócz tego, ma być sprawdzone, czy petent posiada wymagane świadectwo średniego wykształcenia, którego wymagano przez przystąpieniem do egzaminu komisyjnego jak również do studjów w b. tych uczelniach dentystycznych. Wszelkie inne świadectwa, wydane tylko przez b. właścicieli ew. kierowników tych szkół, nie są brane pod uwagę, jako nielegalne. Dawne władze, należy przy sposobności zaznaczyć, sprawdzały również identyczność świadectw, wydawanych przez odnośne średnie zakłady naukowe a składanych przed wstąpieniem do b. szkół lekarsko-dentystycznych, bowiem stwierdzono, iż te nieraz były „robione" przez specjalistów (pamiętne są z tego powodu sprawy sądowe).

Wobec tego, iż, jak powszechnie utrzymują, wśród poprzednich i nowych kandydatów znajdują się osoby, które wyżej wzmiankowanej legalizacji nie posiadają, wyniknie kwestja, którą prawdopodobnie rozstrzygnie Minist. W. R. i Oświecenia Publ., bezwzględnie kompetentne w tej sprawie.

Nowi kandydaci. Aczkolwiek ostateczny termin zgłoszenia do Minist. Spr. Wewn. swoich praw przez absolwentów b. Szkół lekarsko-dentystycznych upłynął w końcu r. 1927 (art. 2 p. 6, Rozp. Pr. Rzp. P. z dnia 10-go czerwca 1927 r.; Dz. U. nr. 54 r. 1927, poz. 476), i dosyć spora liczba tychże już się zgłosiła i uzyskała termin złożenia wymaganych egzaminów, zjawiają się jednak coraz nowi kandydąci. Z pośród tych niektórzy zwracają się w celach informacyjnych również do nas; są wśród nich osoby, które dosyć dawno porzuciły dentystykę, nie posiadają czy to całkowitego ukończenia uczelni, czy też mają świadectwa niezalegalizowane w myśl wymagań ustawy b. Szkół lekarsko-dentystycznych. Rzecz naturalna, sprawa była im należycie wyjaśniona. Jest natomiast nieznaczna garstka absolwentów, posiadających wymagane legalizacje, a którzy wskutek trudności otrzymania odnośnych dokumentów z Rosji nie byli w możności zgłosić się we właściwym terminie. Osoby te znalazły się w wyjątkowych okolicznościach, dopuszczających uwzględnienie ich prośby.

= W SPRAWIE WSZECHPOLSKIEGO ZWIĄZKU LEKARZY-DENTYSTÓW. Niejednokrotnie wypowiadaliśmy zdanie, iż w interesie naszego zawodu pożądane jest utworzenie jednolitego frontu w postaci Wszechpolskiego Związku lekarzy-dentystów. Sprawa aż nadto już dojrzała. Wiadomo, iż wielu poważnych kolegów nie należy obecnie z pewnych przyczyn

do Związków. W interesie ogółu kolegów należałoby i tych zrzeszyć, tembardziej, iż swego czasu w cięższych warunkach zajmowali oni pewne stanowiska bynajmniej nie dla osobistych jakichbądź celów, o których to obecnie wiele dałoby się powiedzieć. Zostawiamy jednak sprawę narazie w spokoju, bowiem i tak jest już ona dosyć głośna. Obawa innych o możliwości kierownictwa mniejszości w proponowanem zrzeszeniu nie wytrzymuje krytyki, bowiem, jak nam doskonale wiadomo, mniejszość bezwzględnie nie pretenduje na „większość“ z przyczyn zupełnie zrozumiałych, przedewszystkiem ze względu na pożądane spokojne współżycie i bliższe porozumienie we wspólnych sprawach zawodowych. Innego rodzaju rozumowanie, rozmyślnie podtrzymywane przez pewne jednostki, oparte jest na nieścisłości; w grę tu wchodzi fałszywe przedstawienie istoty sprawy; rzecz prosta, komuś na tem zależy.

Wzmiankowaliśmy również, iż koledzy poznańscy i pomorscy doszli do przekonania o konieczności utworzenia ogólnego związku zawodowego wzorem lekarzy, adwokatów i innych przedstawicieli wolnych zawodów. I słusznie. Rozum góruje nad partyjnictwem.

Nikt chyba nie uczyni nam zarzutu, iż projekt ten popieramy, bowiem doskonale wiemy i widzimy co się dzieje...

Zamiast więc przystąpić do opracowania statutu ogólnego Związku lekarzy-dentystów w P. Polskiem wzorem innych wyzwolonych zawodów, w pogoni za poważnemi mandatami, które, widocznie, niekiedy imponują, zajęto się *uzupełnieniem* Rady Centralnej zszeszeń zawodowych. Statutu tej instytucji wielu kolegów wcale nie zna. Wiadomo, iż do tej Rady przystąpiły jeszcze inne zrzeszenia dentystyczne przez wydelegowanie swoich przedstawicieli. Statut Rady Centralnej ma uledz reorganizacji. Jak ten poprawiony statut Centralnej Rady wyglądać będzie, nie wiemy. Lecz, zdaje się, właściwiej jednak jest, ignorując wszelkie pogłoski, utworzyć *ogólny* Związek, aniżeli obracać się w gronie delegatów, nieraz przypadkowo obranych i popieranych przez pewne tylko grona „swoich“ ludzi.

Należy ostatecznie mieć odwagę. Albo — albo.

Połowiczne roboty z pewnych względów sprawy nie rozstrzygną i do celu nie doprowadzą. Jedni i ci sami ludzie znowu wysuwani będą jako rzecznicy interesów ogółu...

= RECEPTY FELCZERÓW I LEKARZY-DENTYSTÓW. W myśl przepisów art. 85 Ustawy dla farmaceutów i aptek z 1844 r. i art. 371 Ros. Ustawy lekarskiej z 1905 r. lekarstwa, wydawane za receptami lekarzy, powinny być zaopatrzone w sygnatury, a w myśl art. 14 Rozporządzenia b. Ministra Zdrowia Publicznego z d. 20 marca 1922 r. (Dz. Ust. 29, poz. 223) lekarstwa za receptami felczerów winny być przyrządzane zgodnie z wymaganiami przepisów ustawowych co do wydawania i przygotowywania ich za receptami lekarzy i przy zachowaniu przepisów art. 15, 16, 17 i 18-tego Rozporządzeni.

Jak wynika z powyższego, apteki obowiązane są lekarstwa, wydawane za receptami felczerów, zaopatrywać w sygnatury, wobec czego o każdym konkretnym wypadku niestosowania się aptek do tego przepisu felczerzy, zawiadamiają państwowe władze administracyjne II instancji, w Warszawie Komisarjat Rządu, które są powołane do nadzoru nad aptekami.

Tak wygląda rozporządzenie w stosunku do słusznych żądań felczerów. O ile tym przysługuje pewne prawo przepisywania recept, jest ono prawnie przestrzegane.

Inaczej wygląda takie prawo w stosunku do prawnych wymagań lekarzy-dentystów. Otóż apteki, jak mówią, na skutek czyjegoś „rozporządzenia“ (może poufnego) odmawiają wydawania leków z przepisów lekarzy-dentystów (kokainy, arszeniku, eteru i in.). Aczkolwiek istnieje wyraźne prawo w tej sprawie, zgodnie z którem praktykom tym przysługuje prawo przepisywania leków dla celów swej specjalności (p. Ustawa Szkół Lekarsko-dentystycznych), a preparatów dla celów tej specjalności, jak wiemy, jest sporo, tembardziej obecnie, gdy zębolecznictwo czyni szybkie kroki naprzód, postęp ten u nas będzie hamowany, dzięki „miłym“ stosunkom do przedstawicieli zawodu dentystycznego.

Jak sobie wytłumaczyć fakt niewydawania przez apteki — z przepisów lekarzy - dentystów — arszeniku, kokainy, kofeiny i morfiny w ampułkach (wymaganych przez władzę lekarską), które to niezbędne są w praktyce codziennej?

Co czynią w powyższej sprawie nasze liczne zrzeszenia dentystyczne? Może kierownicy nie znają wymagań ustawy i przepisów prawnych dla lekarzy-dentystów, które to prerogatywy, uzyskane na mocy dyplomu, nie mogą być skasowane obecnie w drodze administracyjnej, pomimo „opinji“ pewnego profesora? Najwyższy Trybunał Administracyjny bezwzględnie sprawę rozstrzygnie w myśl wyraźnego brzmienia obowiązującej dotychczas Ustawy, *która nie była i nie może być skasowana.*

Od wydawnictwa.

Uprzejmie prosimy o uregulowanie należności za poprzednie zeszyty. Na czterokrotnie wysłane monity (polecone i zwykłe) do prenumeratorów, którzy nie uiścili należności *za r. 1925 i 1926*, odezwały się zaledwie dwie osoby! Świadczy to o niezwykłej obojętności koleżeńskiej. Zjawisko to tembardziej zasługuje na zaznaczenie, iż wśród tych „milczących“ są koledzy zamożni.

Wobec tego, iż zmuszeni jesteśmy do zestawienia szczegółowego wykazu nazwiska tych niewypłacalnych prenumeratorów podamy do publicznej wiadomości.

Prosimy również tych kolegów, którzy nie uiścili należności za *r. 1927 i 1928* o ostateczne wyrównanie należności.

Wielokrotne przysyłanie inkasenta do wielu prenumeratorów miejscowych jak również przesyłka rachunków do prenumeratorów zamiejscowych pochłaniają sporo zbytecznych wydatków, co wraz z zaległościami naraża pismo na dosyć poważne wydatki i straty.

Pomimo niejednokrotnych naszych próśb, wielu prenumeratorów miejscowych fatyguje inkasenta po odbiór należności 5 — 6 razy! Ten sposób regulowania należności naraża nas na dodatkowe dopłaty, obniżające cenę zeszytu. Prenumeratorzy, nie życzący sobie płacić za inkasso, zechcą regulować należność w administracji, jak to zwykle jest przyjęte.

Odbito czcionkami Drukarni Wzorowej, Warszawa, Długa 20. Telefon 416-60